



Taking Action on Racism and Structural Violence in Psychiatric Training and Clinical Practice

G. Eric Jarvis, MD, MSc¹; Lisa Andermann, MPhil, MDCM, FRCPC²; Oyedeji A. Ayonrinde, MBBS, FRCPsych, MBA³; Michaela Beder, MD, FRCPC⁴; Jude Mary Cénat, PhD, MSc, CPsych⁵; Imen Ben-Cheikh, MD⁶; Kenneth Fung, MD, FRCPC, MSc, FAPA, DFCPA⁷; Amy Gajaria, MD, FRCPC⁸; Ana Gómez-Carrillo, MD⁹; Jaswant Guzder, BSc, MDCM, FRCPC¹⁰; Sarah Hanafi, MD¹¹; Azaad Kassam, MD, FRCPC¹²; Rachel Kronick, MD, FRCPC, MSc¹³; Myrna Lashley, MEd, PhD¹⁴; Roberto Lewis-Fernández, MD¹⁵; Audrey McMahan, MD, FRCPC¹⁶; Toby Measham, MD, MSc, FRCPC¹⁷; Lucie Nadeau, MD, MSc, FRCPC¹⁸; Cécile Rousseau, MD, MSc¹⁹; Joseph Sadek, MD, FRCPC, DABPN²⁰; Meryam Schouler-Ocak, MD²¹; Cornelia Wieman, MSc, MD, FRCPC²²; Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC²³

A position paper developed by the Canadian Psychiatric Association's (CPA) Transcultural Psychiatry Section and the Education Committee and approved by the CPA Board of Directors on May 19, 2022.

¹ Division of Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Cultural Consultation Service and Culture and Psychosis Working Group, Jewish General Hospital, Montréal, QC, Canada

² Equity and Inclusion Council; Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

³ Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, ON, Canada; Community Psychiatry, Providence Care, Kingston, ON, Canada

⁴ Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

⁵ School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; Interdisciplinary Centre for Black Health, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada

⁶ Department of Psychiatry, University of Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

⁷ Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; Asian Initiative in Mental Health, University Health Network, Toronto, ON, Canada; Society for the Study of Psychiatry and Culture, Beverly Hills, CA, USA.

⁸ Margaret and Wallace McCain Centre for Child, Youth, and Family Mental Health, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, ON, Canada; Department of Psychiatry, Temerty Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

⁹ Montréal Children's Hospital (MCH), McGill University Health Centre (MUHC), Montréal, QC, Canada; Inuulitsivik Health Centre, Puvirnituq, QC, Canada; Ungava Tulattavik Health Centre, Kuujuaq, QC, Canada

¹⁰ McGill University, Montréal, QC, Canada

¹¹ Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada

¹² Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; Ottawa Newcomer Health Centre, Ottawa, ON, Canada; Wholistic Health and Wellness, Mohawk Council of Akwesasne, Akwesasne, QC, Canada

¹³ Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Lady Davis Institute and Sherpa Research Institute, Montréal, QC, Canada

¹⁴ Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Research Ethics Board, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Sir B. Mortimer Jewish General Hospital, Montréal, QC, Canada; Lady Davis Institute for Medical Research, Sir B. Mortimer Jewish General Hospital, Montréal, QC, Canada

© Canadian Psychiatric Association, 2023. All rights reserved. This document may not be reproduced in whole or in part without written permission of the CPA. Members' comments are welcome and will be referred to the appropriate CPA council or committee. Please address all correspondence and requests to: President, Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, ON K1P 5J3; president@cpa-apc.org. Reference 2023-65.

Note: It is the policy of the Canadian Psychiatric Association to review each position paper, policy statement and clinical practice guideline every five years after publication or last review. Any such document that has been published more than five years ago and does not explicitly state it has been reviewed and retained as an official document of the CPA, either with revisions or as originally published, should be considered as a historical reference document only.

Introduction

Recent events in Canada, such as the discovery of graves of Indigenous children at former residential schools and the emergence of Black Lives Matter, have highlighted inequities long endured by Black, Indigenous, Asian and other racialized minorities, and mobilized efforts to address the effects of racism on health, mental health and well-being.^{1–8} The Canadian Psychiatric Association published a position statement, *A Call to Action on Racism and Social Justice in Mental Health*, which was prepared by the Transcultural Psychiatry Section, to advocate for diversification of the mental health workforce, cultural and structural safety in educational and clinical environments, dismantling of racist mental health theory and practice, and transformation of institutional structures to make them more equitable and responsive.⁹ This paper advances that call by taking the position that Canadian psychiatry must act now to redress the ongoing problem of systemic racism through concerted changes in training and mental health services as outlined in this paper. The objectives of this position paper are to:

1. Clarify key terms and concepts and present an overview of racism in psychiatry.
2. Describe systemic racism and inequities embedded in training and clinical practice in Canada.
3. Identify priorities to address the impact of structural racism on patients.
4. Describe the role of psychiatrists and other mental health professionals, and their professional associations, in challenging racism and structural violence in training and clinical practice.
5. Provide evidence-informed recommendations and best practices to transform psychiatric training and clinical practice in Canada.

Key Terms and Concepts

Race is a culturally constructed identity that divides humanity into groups based on notions of shared ancestry and physical traits presumed to indicate biological

attributes.^{10–13} Racial constructs have varied widely throughout history in response to political and economic priorities of dominant social groups, often to legitimize systems of oppression including slavery, colonialism and apartheid.^{14–16} North American racial constructs and categories can be traced to the post-Enlightenment period of European history,¹⁷ and reflect the interests of powerful groups as well as the human propensity to distinguish ingroup and outgroup and to construct essentialized categories.¹⁸ Although human populations show substantial genetic variation as they adapt to local culturally constructed environments,^{19–21} human genetic variation across groups follows a graduated pattern of single-trait gradients, instead of clustering into discrete racial categories.^{10,22} The global inter-mixing of human populations has not resulted in distinct groups that would justify a categorical construct like race.²³ Moreover, research finds much greater genetic variation among individuals from the same group than between individuals from different racialized groups.^{24,25}

Given the lack of biological support for the concept, it is more accurate to replace the term *race* with *racialized* to highlight its socio-culturally constructed nature and use,²⁶ and how this process of social construction undergirds patterns of racial discrimination, oppression and social exclusion^{27,28} that result in marked inequities in mental health.^{22,29–31} As Ta-Nehisi Coates puts it, “Race is the child of racism, not the father.”^{32,p.7}

Describing Racism at Micro, Meso and Macro Levels

Racism exists at the *micro*, *meso* and *macro* social levels of individuals, institutions and societies and is used to justify the inequitable distribution of power and resources to racialized groups.^{33–37}

Racism at the Micro Level

The micro level of racism involves individual acts of discrimination and interpersonal violence, including

¹⁵ Columbia University, New York, NY, USA; New York State Center of Excellence for Cultural Competence and Research Area Leader, Anxiety, Mood, Eating and Related Disorders, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

¹⁶ Médecins sans frontières, Toronto, ON, Canada.

¹⁷ Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Divisions of Child Psychiatry and Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada

¹⁸ Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Montréal University Health Centre, Montréal, QC, Canada; Inuulitsivik Health Centre, Puvimuituq, QC, Canada

¹⁹ Division of Social and Cultural Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada

²⁰ Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

²¹ Social Psychiatry, Charité – Universitätsmedizin, Berlin, Germany; Psychiatric University Clinic of Charité at St. Hedwig Hospital, Berlin, Germany

²² Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC), Vancouver, BC, Canada; First Nations Health Authority (FNHA), Vancouver, BC, Canada

²³ Division of Social and Transcultural Psychiatry, McGill University, Montréal, QC, Canada; Culture and Mental Health Research Unit, Lady Davis Institute, Jewish General Hospital, Montréal, QC, Canada

everyday *microaggressions*, which are acts of disrespect, slights, bias, misrecognition and exclusion that may or may not be deliberate.³⁸ Microaggressions include drawing unnecessary attention to a person's skin colour, hair or clothing or making stereotyped assumptions about their traits and abilities.^{39,40} Racism may also be internalized by individuals as negative self-images that cause suffering and impair functioning.^{41,42} A common assumption is that racism only takes the form of malevolent acts by a few "bad" people.⁴³ Most psychiatrists, including those benefiting from White privilege, would not view themselves as racist. However, while overtly racist acts of hateful speech, discriminatory actions and physical violence are not uncommon, interpersonal expressions of racism often take a less explicit form. The general public is socialized to accept and believe racist discourses, including stereotypes, prejudices and implicit biases. Mental health providers are similarly influenced by pervasive systemic racism "that functions independently from the intentions or self-images of individual actors."^{43, p. 20}

Racism also affects who is considered a credible authority and what counts as knowledge or evidence. *Epistemic injustice* refers to the way the knowledge claims of some individuals or groups are deemed illegitimate (*testimonial injustice*) and how they are denied the authority to use their own frameworks to interpret the meaning and validity of truth claims (*hermeneutic injustice*).⁴⁴ Epistemic injustice has profound implications at the micro-level in psychiatric settings, where the voices of racialized people may be ignored, silenced or marginalized, not only within clinical encounters, but in the production of knowledge through research and its translation into evidence-informed practice.

Overtly positive stereotypes can also have negative psychosocial effects.^{45,46} The stereotype of the *model minority* is often used to situate Asian communities in relation to a racist White-Black hierarchy. In addition to its damaging effects on individuals,⁴⁷ this stereotype downplays the extent of anti-Asian racism, maintains a racist hierarchy, pits marginalized groups against each other and deepens racism against other racialized groups.⁴⁸ The concept of model minority highlights how diverse communities experience racism in different ways.

Racism at the Meso Level

The meso level involves discriminatory or exclusionary institutions, laws, policies and practices through which macro forces impact on communities and individuals.^{29,35}

Institutional racism characterizes racist ideologies and practices embedded in institutions such as government, law-enforcement, education and health care,^{29,49} while *institutional injustice* refers to how resources are inequitably distributed to racialized minorities.⁵⁰ These processes are evident in the racial bias of the criminal justice system (such as police violence, high incarceration rates), teaching curricula, academic hiring and promotion, and the under-representation of racialized communities in many professions, including psychiatry.⁵¹⁻⁵³ Institutional racism may also be expressed through preferential treatment of those who have positively valued racialized identities. The concept of "privilege" refers to the unearned social advantage based on racialized identity that some sectors of society take for granted. *White privilege* specifically refers to the lack of experienced discrimination, and the power, resources and opportunities available to those assigned to the category of "White" based on the colour of their skin.⁵⁴

Racism at the Macro Level

At the macro level, racism manifests in structures and systems. *Structural racism* recognizes that racism cannot be reduced to single institutions or actors but is built into the structure of society in terms of social class and caste, and the organization of space.²⁹ Structural racism results in *structural violence*, including poverty, educational and health inequities, and lack of recognition or sovereignty.⁵⁵ *Systemic racism* points to the ways in which institutions, structures, ideologies and practices work together to make racism part of how the social system functions. Importantly, systemic racism can occur even when individuals who participate in the system are not consciously racist.

Environmental racism is another macrosocial phenomenon that refers to racialized groups being differentially exposed to unhealthy environmental conditions.⁵⁶⁻⁵⁸ This occurs on local and global scales and is especially salient for Indigenous Peoples, many of whom have a close connection to the land, so that environmental depredations represent profound attacks on the person and community.⁵⁹⁻⁶²

Health and Social Consequences of Racism

Racism affects all areas of life.⁶³ Based on 2016 Canadian Census data, racialized populations had a higher unemployment rate than their non-racialized counterparts (9.2 vs. 7.3 per cent) and earned less money (78 cents and 59 cents for racialized men and women respectively per dollar earned by non-racialized men), with disparities

among racialized immigrants extending for three generations and beyond.⁶⁴ Indigenous people face ongoing structural violence, rooted in the legacies of colonization including the residential school system and the Sixties Scoop, that perpetuates limited access to clean food and water, stable housing, education and adequate health funding.^{65,66}

The health disparities experienced by racialized groups include shorter life expectancy and higher rates of obesity, high blood pressure, cardiovascular disease and diabetes.³⁰ The concept of *allostatic load*,⁶⁷ which describes physiological alterations due to chronic stress, may account for some of the effects of racism on health conditions.⁶⁸ The interaction of social adversities and lack of access to health resources also contributes to inequities.⁶⁹

Microaggressions contribute to an interpersonal burden that has physical, psychological and social consequences.^{38,70} Microaggressions are ubiquitous, occurring in personal and work relationships as well as public settings.^{10,15} Coping with microaggressions in these contexts requires specific strategies—all of which demand energy and time.^{71,72} The cumulative exposure to these discriminatory acts has long-term health effects on people from ethnic minorities.⁷³

Racialized individuals, particularly Black and Indigenous people, have more negative experiences in the education system, including exposure to racial stereotyping and hostility, lack of encouragement to pursue education, lack of role models and impoverished opportunities,^{74–76} which, along with other inequalities, contribute to lowered expectations, unemployment and the overrepresentation of racialized people in the Canadian criminal justice system.⁷⁷ In addition, Black and Indigenous children are overrepresented in the Canadian child welfare system, which may be related to implicit biases and the effects of systemic violence and racism.^{78–80}

Historically, Canadian law has colluded with racist agendas to disadvantage communities of colour.⁸¹ The Indian Act (1876/1985) considered Indigenous Peoples as wards of the state and instituted oppressive measures.⁸² Although modified through the years, the Indian Act continues to contribute to structural racism.⁸³ Racialized individuals and communities experience increased police and justice system contact.^{84–86} One study found that whereas Indigenous people make up only five per cent of the general population, they account for 30 per cent of Canadian federal inmates.⁸⁷ Black youth in Canada are twice as likely as White youth to be searched by the police, 50 per cent more likely to be detained before trial, have more conditions imposed when given bail, and are

incarcerated at four times the rate as Whites.⁸⁸ Recent studies in Montreal found that Black psychiatric patients were at higher risk of coercive intervention,⁸⁹ particularly when the courts or police were involved.⁹⁰

There is a long history of anti-Asian racism from the building of the Canadian Pacific railroad to the Chinese head tax, the Chinese Exclusion Act and the Japanese Canadian Internment in World War II, to recent anti-Asian racism in response to the COVID-19 pandemic. In a 2021 national survey, 50 per cent of Chinese Canadians experienced being insulted because of the pandemic, and 43 per cent were personally threatened or intimidated. In the first year of the pandemic, about 1150 anti-Asian racist attacks were voluntarily reported to websites, including 11 per cent involving physical contact and 10 per cent being coughed or spat on.⁹¹

Racialized populations also suffer when discriminated against based on their religion, with intersecting ethnic and race-based prejudice. Many instances of hate crimes that target religious minorities have been documented in Canada.^{92–95}

Racism and Discrimination in Clinical Psychiatry

Racism is deeply embedded in the languages we speak and the structures of our society^{96,97} and is evident in the institutional practice of psychiatry.^{98,99} As reflected in the writings of colonial psychiatrists like Antoine Porot and J.C. Carothers,^{100,101} racism has shaped the institutions of psychiatry within countries and internationally.¹⁰² Colonial writers promoted stereotypes of racialized communities that persist in psychiatry to the current day.¹⁰³ Despite well documented health care disparities for people of colour and immigrants, racism remains a persistent problem in Canadian medicine and psychiatry.^{104–106} In the Canadian context, racism and discrimination have been under-reported, undetected and unacknowledged even though structural racism affects patients and caregivers at all levels of society.^{107,108}

Racialized immigrants and minorities face systemic and structural difficulties accessing mental health care.¹⁰⁹ Some of these difficulties include limited financial resources, a poor understanding of mental health-care systems, lack of services in areas where racialized people live and limited availability of interpreters for newcomers.¹¹⁰ Access to care for racialized minorities born in Canada, in contrast to immigrant racialized minorities, has been little studied, but some national data suggest a link between discrimination and poor access to services, with worse mental health outcomes, for example, in perinatal conditions like post-partum depression.^{111,112}

Despite well-documented employment inequities in Canadian higher education,¹¹³ discriminatory practices in academia that exclude people of colour are often overlooked.¹¹⁴ In general, data on the ethnicity of Canadian physicians is difficult to obtain, but available information shows a lack of diversity at all levels from health ministers to medical school faculty.¹¹⁵ The 2016 Canadian Census found that although Indigenous peoples represented four per cent of the population fewer than one per cent of medical specialists and general practitioners identified as Indigenous.¹¹⁶

According to the Black Canadian National Survey Interim Report,¹¹⁷ 49 per cent of Indigenous and 70 per cent of Black Canadians experience racism and most report that racism is a problem in health care. In a systematic review and meta-analysis, Paradies et al.¹¹⁸ found that while racism is significantly correlated with poor health status, the association between racism and poor mental health, especially post-traumatic stress disorder (PTSD), was twice as large as that for poor physical health. Experiences of racism carry serious short- and long-term consequences for racialized people, including impaired life satisfaction and self-esteem¹¹⁹ and more helplessness and suicide behaviour.¹²⁰ Systemic racism also contributes to poor quality of health care for Indigenous people^{121,122} and avoidance of mental health services by Chinese, other Asian, and Black Canadians.¹²³

Additional problems that racialized patients may face due to racism include disparities in diagnosis and course of illness, such as: being diagnosed with more psychiatric disorders overall,^{124–129} being misdiagnosed with psychotic disorders instead of depression and PTSD,^{130,131} developing more delusional ideation or other psychotic symptoms,^{132,133} having a relatively more severe course of illness^{134,135} as reflected in an excess of police and ambulance contact prior to emergency psychiatry evaluation,¹³⁶ and being more likely than non-racialized patients to be involuntarily admitted to the hospital.¹³⁷ A meta-analysis found anti-Asian racial discrimination to be associated with mental distress, with Chinese and South Asian ethnicities being independent predictors of illness severity, presence of psychotic symptoms and involuntary hospital admission.¹³⁸ Among various ethno-racial groups studied, Chinese Canadians reported the weakest sense of belonging to local communities and the poorest self-rated mental health.¹²³

Addressing Racism in Canadian Psychiatric Training and Professional Development

Despite growing recognition of the need for anti-racist practices, few training programs for mental health

professionals address issues of racialized identity and racism.^{78,139–141} There is a crucial need to educate professionals in ways to identify and address the effects of racism on their patients and themselves, as well as on the health-care institutions and systems in which they work. Professionals also need to understand how the colonial past and present, as well as histories of racism and exclusion, affect current practices. The unexamined racism in the profession risks making psychiatry an unattractive career choice for potential trainees of colour.

Curriculum development can begin by outlining key learning objectives in terms of attitudes, skills and knowledge, using the CanMEDS Framework, and describing competencies that can be evaluated with Entrustable Professional Activities (EPAs).¹⁴² These in turn must be integrated with In-Training Evaluation Reports (ITERS) and Royal College examination content whenever possible because evaluation drives learning and signals institutional commitment.¹⁴³

Residency curricula need to ensure that trainees deepen their understanding of the intersectional nature of racialized identity, racism, power, privilege and oppression,¹⁴⁴ while being grounded in the social and historical contexts of diverse marginalized and oppressed groups.¹⁴⁵ Racism needs to be understood on personal, relational and eco-social levels,^{9,49,146} and across its various forms and contexts, including internalized racism, micro-aggression, interpersonal racism, institutional racism, structural/systemic racism, colonial histories of racism, and ultimately, how these issues interweave to produce disparities in mental health.¹⁴⁷ Training programs need to provide safe spaces and role models to enable faculty and trainees to reflect on their own biases^{106,148–150} and focus on developing the necessary knowledge, skills and attitudes to deliver culturally safe care.^{149,151–153} Being aware of racism is not enough: trainees and psychiatrists alike must be actively opposed to racism and have the tools to address biases and discriminatory practices.

To recognize and address systemic racism, training needs to emphasize a more systemic approach, including skills in assessing family, socio-cultural factors and structural inequalities,¹⁵⁴ promoting inclusivity of spiritual, cultural, systemic and environmental dimensions and the perspectives of diverse clients.¹⁵⁵ A systemic view can better equip clinicians to create safety in the micro-dynamics of the clinical encounter and appraise the social dimensions of suffering.¹⁵⁶

Reflection on the history of structural and systemic racism should be linked to actions that can transform the health-care system.^{157,158} Making links from theory to

Table 1. Anti-racist Practices in Psychiatry Across Micro, Meso and Macro Levels.

A. Micro-level (individual/clinical) actions

1. Support self-reflection about racism as part of training and continuing medical education.
2. Reflect on one’s own background, experiences of discrimination and positions of privilege, including internalized stereotypes and biases about self and others.
3. Become familiar with the experiences of racialized groups.
4. Become culturally competent, exploring racialized identities and everyday discrimination.
5. Adopt a proactive stance against racism.

B. Meso-level (professional/institutional) actions

1. Identify institutional racism in psychiatry and medicine; systematically document racism and inequity in psychiatric services, administration and research, replacing them with anti-racist practices; ensure that there are consequences for racists acts.
2. Develop anti-racist training curricula for trainees and staff to respond to racism in clinical and individual interactions.
3. Professional organizations like the CPA must diversify education committees, provide relevant presentations at annual conferences and partner with Black and Indigenous trainee and physician organizations to engage in advocacy.
4. Develop anti-racist clinical and professional services by engaging minority communities and integrating organizational cultural and structural competence, safety and humility.
5. Ensure structurally competent care with linguistic interpreters, consideration of travel distance and flexible hours of service.
6. Build assessment of anti-racist practice into professional, training program and hospital accreditation, with accreditors requiring clear plans to address racist content in teaching curricula, clinical care and student supervision.
7. Hire, fund and support staff from racialized communities.
8. Hire, fund and support equity, diversity and inclusion (EDI) leaders for each academic department of psychiatry.
9. Gather access-to-care data with the input of racialized communities.
10. Advocate for non-police responses to mental health crises.

C. Macro-level (social/ideological) actions

1. Recognize racism in Canadian society, including the profession’s history and complicity in systemic racism, colonization, slavery, genocide and mental health care inequity, and the ways these forces are currently at play.
2. Engage in advocacy to address structural inequities, including immigration detention, access to care for the uninsured and the excess incarceration of racialized people.
3. Ensure access to culturally safe and structurally competent mental health services.
4. Foster pluralism and diversity as core values in society and implement equity through collaboration with communities.
5. Ensure equitable representation of diverse communities at all levels of society, including mental health services, research and administration.

clinical practice and to systemic advocacy is critical to creating meaningful change at all levels.^{159,160} This requires training to address racism at micro, meso and macro levels to facilitate working with racialized individuals, families and communities through collaboration and collective empowerment.^{8,161}

Undergraduate and postgraduate medical education need to have an integrated developmental approach to addressing racism through providing knowledge and conceptual frameworks in didactic presentations, cultivating attitudinal change through experiential and reflective learning, and building clinical and advocacy skills through supervision and modelling.^{9, 162,165}

Learner-led discussion groups can provide additional spaces for dialogue complementary to the formal curriculum.^{166,167} Above all, racialized trainees need a safe space to learn, with mentors and supervisors who recognize and address the racism that they encounter in patient interactions, as well as with colleagues, institutions and the wider society. Some trainees and faculty may require specific mentorship from supervisors with lived experience of racism.

Faculty need to prioritize anti-racism initiatives to establish trust and ensure sustainability, and they must be trained in anti-racist pedagogy, cultural safety, cultural humility, and cultural and structural competence to address issues of racism that appear in clinical supervision.^{163,168–172} Engaging community members and service users in training is key to unmasking the lived reality of racism and confronting biases and stereotypes. Facilitating long-term interdisciplinary and community collaborations can foster self-transformation and collective action.

Addressing Racism in Clinical Practice

Facing the complexity of historical and ongoing racism, many clinicians and members of racialized communities may have doubts about whether mental health-care systems can ever provide equitable care. Rather than retreating from their responsibility, all clinicians and institutions must critically examine the biases embedded in practices and policies to avoid perpetuating racism and discrimination.¹⁷³ Ensuring diversity in the health-care workforce and conveying a willingness to acknowledge

and discuss issues of racism can contribute to more equitable access to care.¹⁷⁴ Explicit anti-racist actions are needed at the micro, meso and macro levels (Table 1).

Consistent with the previous training recommendations, Cénat¹⁴⁷ outlines core approaches to anti-racist practice for health-care practitioners at the micro level, emphasizing self-awareness, recognition of diversity within and among groups, knowledge of the impacts of racism and discrimination on mental health and clinical services, and specific skills in interviewing, assessment and treatment. Antiracist policies and laws against discrimination should be applied to health-care settings, as reflected in documents like Jordan's Principle¹⁷⁵ and Joyce's Principle,¹⁷⁶ which assert Indigenous rights to equitable services. Anti-racist practices in clinical work begin with self-awareness, openness and the willingness to explore issues with colleagues and patients.

Unfortunately, many clinicians either avoid addressing racism altogether or do not distinguish non-racist from anti-racist attitudes.^{74,75,177} A non-racist attitude refers to passive rejection, even denial, of racism, while an anti-racist attitude implies active efforts to acknowledge systemic racism and remove its effects from the structures of society.¹⁷⁸ When patients or colleagues raise issues related to racism, their experience may be minimized, discounted or ignored by those who adopt a 'non-racist' attitude. Clinicians may become defensive, deflecting, denying or even blaming discriminatory experiences on victims' perceptions, attitudes and actions or viewing patients' legitimate mistrust as an expression of suspicious or paranoid thinking.¹⁷³ These responses have been reported by patients from racialized communities who may then disengage, or remain untrusting and unwilling to speak openly about their experiences of racism.^{153,179} Similarly, racialized psychiatrists may experience micro-aggressions on an almost-daily basis from their patients or colleagues. These experiences often go unseen so may be unnoticed by peers and health administrators. Acceptance of the reality of systemic racism is a necessary first step towards change that will support anti-racism advocacy, allyship and equity efforts.

Countering racism at a meso level requires attention to institutional structures and routines, such as providing access to linguistic interpreters and culture brokers. For psychiatry, this may include modifying the multidisciplinary clinical team, ward, department, faculty, hospital and other practice settings¹⁸⁰ to reduce access barriers and improve the quality of services. Countering racism at a macro level requires acting at a societal, policy and broader structural level through

program development, advocacy and research that calls for change in the structures and practices that perpetuate racism in different sectors and institutions (e.g., police, immigration, education, employment, health care).

Ensuring diversity within the profession is an important step toward equity and institutional change. In Canada, where Indigenous Peoples¹¹⁶ and many other groups are under-represented in the health professions, funding and hiring strategies that lead to recruitment of minority medical students and residents can contribute to a long range shift within psychiatry toward greater diversity and inclusiveness in the mental health workforce and equitable representation of racialized groups.^{181,182} More than mere numerical representation, racialized psychiatrists and trainees need the mental health system to change to become actively anti-racist and welcoming of diversity.

One way to increase diversity in the profession over the long term would be for organizations like the CPA to partner with other professional medical organizations, like the Canadian Medical Association and Canadian medical schools, to develop community partnerships with under-represented groups to increase the number of competitive medical school applicants. Reserving training spots, providing scholarships or financial support, and increasing international medical graduate integration have been successful strategies to increase equitable representation for Black, Indigenous and other underrepresented racialized groups. Educators can work with Black medical student and physician organizations and Indigenous physician organizations to develop other strategies for equity and inclusion. In addition, addressing racism and inequities embedded in career advancements, academic promotions, and leadership and power opportunities, as well as support for racialized professionals to prevent burnout, are urgently needed. Given the limited number of racialized professionals in psychiatry, they tend to become overburdened and need resources to function effectively. Organizations need to be sensitive to the time, emotional toll and distraction associated with these tasks and give appropriate recognition for these roles.

The knowledge and experience of diverse psychiatrists is crucial to improving care for racialized patients and working toward broader change in health-care institutions and systems.^{106,163,183} In the meantime, health-care institutions and professional organizations must stop current "colourblind" approaches that are common and continue to perpetuate discrimination against people of colour.¹⁸⁴ One important step would be for each academic department of psychiatry in Canada to identify an equity,

diversity and inclusion (EDI) leader. This new position would be given significant status, responsibilities, resources and decision-making power to encourage and support clear anti-racist policies that could be implemented at the meso and macro level (see Table 1). This should however be considered a starting point and not a sign that racism has been dealt with adequately at the institutional level.

Preventing the Mental Health Consequences of Systemic Discrimination

The structural inequities of Canadian society disproportionately affect racialized peoples. Redressing these inequities requires structural interventions including advocacy, public health interventions and policy change. Psychiatrists can engage on these issues at multiple levels: at the micro level by modifying clinical care and taking personal responsibility for developing knowledge and skills in anti-racism, at the meso level by adapting programs, and at the macro level through systemic advocacy, that is, working to modify policies or procedures that broadly impact vulnerable groups or communities.¹⁸⁵ Although not all clinicians will address each of these levels, it is important to understand how they are interrelated. Offering clinical care to racialized populations, without attending to higher-level structural issues, may unintentionally treat mental health difficulties as problems arising from the individual rather than due to systemic racism. Specialized programs, which include anti-oppressive and anti-racist principles, offer meso-level interventions. Examples of such programs are SAPACCY, a program specifically created for African Canadian and Caribbean Youth,¹⁷⁴ ethno-specific services developed in partnership with communities such as Hong Fook, Across Boundaries and the Asian Initiative in Mental Health in Toronto,¹⁸⁶ and the Cultural Consultation Service in Montreal.¹⁵⁵ In addition, there are programs that work collaboratively and respectfully with Indigenous mental health services by forging partnerships with rural, remote and isolated Indigenous communities to solve locally identified mental health challenges.¹⁸⁷

Engaging in structural advocacy is less familiar to many psychiatrists.¹⁶⁰ This form of advocacy targets root causes of inequity which impact health such as detention of migrants, family separation, precarious employment, culturally unsafe social institutions, racist media representation, poverty and homelessness.¹⁸⁸ To engage at the structural level, psychiatrists may join or initiate advocacy coalitions that work with affected communities and employ a diversity of tactics, such as organizing open

letters and opinion pieces,¹⁸⁹ to address policy, judicial, legal or political engagements. Advocacy aims not only to correct structural racism but to ensure that marginal voices are heard in the context of human rights and social justice frameworks.¹⁹⁰

Preventing racism by changing institutions, attitudes and practices requires ongoing dialogue among stakeholders to clarify competing values, provide a safe space for critical self-reflection, and develop collaborative interventions.^{191,192} This position paper cannot replace ongoing discussions, seminars and workshops at the local level to determine how to decolonize curricula and prevent racism in policy and clinical practice. Advocacy efforts are not without risks;¹⁹³ for example, in efforts to rapidly gain consensus, the complexity of issues and the diversity of experience within groups may be oversimplified with the result that racialized communities may be stereotyped as helpless, passive and lacking resilience.¹⁹² To avoid these pitfalls, participatory engagement of communities that have largely been excluded from research or planning efforts, will be key to ensuring that the advocacy process is collaborative, co-developed and empowering rather than paternalistic or merely tokenistic.¹⁹⁴

Conclusion: Transformative Change Through Reflection, Advocacy and Solidarity

Diversity is a great strength of Canadian society. However, racialized and minoritized groups continue to face bias and discrimination in psychiatry. These forms of injustice will not be resolved by simply adopting an attitude of ‘colour-blindness’ that ignores the lived experience and structural embedding of racism. Denial of systemic racism and structural violence operates at all levels of Canadian society.¹⁹⁵ This paper takes the position that Canadian psychiatry must act now to redress the ongoing problem of systemic racism through concerted changes in training and mental health services as outlined in this paper. Within the profession, psychiatrists may feel unconcerned or unjustly targeted, insisting that they do not have racist attitudes or beliefs and are not “privileged.” Unfortunately, indifference and defensiveness perpetuate systemic racism. The Turpel-Lafond Report (2020) concluded that racism pervades health-care systems, but specific actions endorsed by policy can affect change.¹⁹⁶ Progress comes about when individuals reflect on how their own beliefs and behaviours contribute to racism in Canadian society. Countering racism at a micro level (personal or clinical)

starts with self-reflection and psychologically and culturally safe dialogue. This requires acknowledging uncomfortable feelings, recognizing the experiences of others, realigning one's privileged status and developing equitable relationships, leading to advocacy for systemic change at the meso and macro levels. Professional organizations, like the CPA, must lead in this process. Psychiatry must become a safer professional environment for diverse trainees as well as patients. The essential systemic changes will come about as psychiatrists work in partnership with other professions, government and communities. Institutions that actively counter racism can gradually transform the structures of discrimination that harm our patients, our colleagues and ourselves contributing to a more equitable health-care system and society.

Acknowledgements

The authors are grateful to the CPA Board, especially to those members who reviewed and gave feedback on this position paper: Dr. Harry Karlinsky, Dr. Vanessa Lantz, Dr. Catherine Hickey, Dr. Leon Tourian, Dr. Michael Mak, and Dr. Michael Mercer.

References

1. American Psychiatric Association. APA presidential task force to address structural racism throughout psychiatry begins its work. Washington (DC): Author; 2020 [cited 2020 Sep 16]. Available from: <https://bit.ly/3HdBGae>.
2. Black Psychiatrists of America, Inc. BPA press release on June 3, 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3FASTsI>.
3. Canadian Psychological Association. CPA statement against anti-Black racism and discrimination. Ottawa (ON): CPA; 2020 [cited 2020 Sep 26]. Available from: <https://cpa.ca/humanrightsandsocialjustice/>.
4. Dr. Kenneth Melville McGill Black Faculty Caucus. McGill plan for addressing anti-Black racism [Statement]. Montreal (QC): Author; 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3W2f7cS>.
5. Royal College of Psychiatrists. *President's open letter on systemic racism*. London (UK): Author; 2020 Jul 14 [cited 2022 Sep 26]. Available from: <https://bit.ly/3Bdaq7Z>.
6. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Statement on racism. Ottawa (ON): Author; 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://newsroom.royalcollege.ca/statement-on-racism/>.
7. University of Toronto. Strategic plan 2020-26. Toronto (ON): Author; 2020 [cited 2020 Sep 26]. Available from: <https://bit.ly/3YijjHp>.
8. Schouler-Ocak M, Bhugra D, Kastrup MC, et al. Racism and mental health and the role of mental health professionals. *Euro Psychiatry*. 2021;64(1):e42.
9. Kirmayer LJ, Fernando S, Guzder J, et al. A call to action on racism and social justice in mental health: un appel à l'action en matière de racisme et de justice sociale en santé mentale. *Can J Psychiatry*. 2021;66(6):590-593.
10. Gravlee CC. How race becomes biology: embodiment of social inequality. *Am J Phys Anthropol*. 2009;139(1):47-57.
11. Hogarth K, Fletcher WL. A space for race: decoding racism, multiculturalism, and post-colonialism in the quest for belonging in Canada and beyond. New York (NY): Oxford University Press; 2018. p. 129.
12. Keita SO, Kittles RA. The persistence of racial thinking and the myth of racial divergence. *Am Anthropol*. 1997;99(3):534-544.
13. Lock M. The concept of race: an ideological construct. *Transcult Psychiatr*. 1993;30(3):203-227.
14. Frederickson G. *Racism: A short history*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1998. p. 207.
15. Muckhopadhyay CC, Moses YT. Reestablishing "race" in anthropological discourse. *Am Anthropol*. 1997;99(3):517-533.
16. Witzig R. The medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct. *Ann Intern Med*. 1996;125(8):675-679.
17. Smith JE. *Nature, human nature, and human difference*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 2015. p. 312.
18. Machery E, Faucher L. Why do we think racially? Culture, evolution, and cognition. In: Cohen H, Lefebvre C, editor. *Handbook of categorization in cognitive science*. North York (ON): Elsevier; 2017. p. 1135-1175.
19. Boyd R, Richerson PJ. The evolution of ethnic markers. *Cultural Anthropol*. 1987;2(1):65-79.
20. Laland KN, Odling-Smee J, Myles S. How culture shaped the human genome: bringing genetics and the human sciences together. *Nat Rev Genet*. 2010;11(2):137-148.
21. Tishkoff SA, Kidd KK. Implications of biogeography of human populations for 'race' and medicine. *Nat Genet*. 2004;36(11):S21-S27.
22. Smedley A, Smedley BD. Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *Am Psychol*. 2005;60(1):16-26.
23. Van Arsdale AP. Population demography, ancestry, and the biological concept of race. *Annu Rev Anthropol*. 2019;48:227-241.
24. Lewontin RC. The apportionment of human diversity. In: Dobzhansky T, Hecht MK, Steer WC, editors. *Evolutionary biology*. New York (NY): Springer; 1972. p. 381-398.
25. Long JC, Kittles RA. Human genetic diversity and the nonexistence of biological races. *Hum Biol*. 2003;75(4):449-471.
26. Miles R, Brown M. *Racism*. 2nd ed. New York (NY): Routledge; 2003. p. 216.
27. Hacking I. Why race still matters. *Daedalus*. 2005;134(1):102-116.
28. Song M. Challenging a culture of racial equivalence. *Br J Sociol*. 2014;65(1):107-129.
29. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet*. 2017;389(10077):1453-1463.
30. Berger M, Sarnyai Z. "More than skin deep": stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*. 2015;18(1):1-10.
31. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv*. 2014;44(4):643-710.
32. Coates TN. *Between the world and me*. New York (NY): Spiegel & Grau; 2015. p. 176.

33. Adams ME, Bell LAE, Griffin PE. Teaching for diversity and social justice. New York (NY): Routledge; 2007. p. 478.
34. Jones CP. Toward the science and practice of anti-racism: launching a national campaign against racism. *Ethn Dis.* 2018;28(Suppl 1):231-234.
35. Nazroo JY, Bhui KS, Rhodes J. Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. *Social Health Illn.* 2020;42(2):262-276.
36. Phillips C. Institutional racism and ethnic inequalities: an expanded multilevel framework. *J Soc Policy.* 2010;40:173-192.
37. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Ann Rev Public Health.* 2019;40:105-125.
38. Lui PP, Quezada L. Associations between microaggression and adjustment outcomes: a meta-analytic and narrative review. *Psychol Bull.* 2019;145(1):45-78.
39. Sue DW, Spanierman L. Microaggressions in everyday life. Hoboken (NJ): John Wiley and Sons; 2020. p. 284.
40. Ward M, Premack R. What is a microaggression? 14 things people think are fine to say at work – but are actually racist, sexist, or offensive. *Insider.* 2021 [cited 2022 Aug 16].
41. David EJR, Schroeder TM, Fernandez J. Internalized racism: a systematic review of the psychological literature on racism's most insidious consequence. *J Soc Issues.* 2019;75(4):1057-1086.
42. Steele CM. Whistling Vivaldi: how stereotypes affect us and what we can do. New York (NY): WW Norton and Company; 2011. p. 256.
43. DiAngelo R. White fragility: why it's so hard for White people to talk about racism. Boston (MA): Beacon Press; 2018. p. 192.
44. Fricker M. Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. London (GB): Oxford University Press; 2007. p. 208.
45. Czopp AM, Kay AC, Cheryan S. Positive stereotypes are pervasive and powerful. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(4):451-463.
46. Kay AC, Day MV, Zanna MP. The insidious (and ironic) effects of positive stereotypes. *J Expl Soc Psychol.* 2013;49(2):287-291.
47. Cheryan S, Bodenhausen GV. When positive stereotypes threaten intellectual performance: the psychological hazards of "model minority" status. *Psychol Sci.* 2000;11(5):399-402.
48. Shih KY, Chang T, Chen S. Impacts of the model minority myth on Asian American individuals and families: social justice and critical race feminist perspectives. *J Fam Theory Rev.* 2019;11(3):412-428.
49. Fernando S. Institutional racism in psychiatry and clinical psychology. London (GB): Palgrave Macmillan; 2017. p. 209.
50. Hui A, Rennick-Egglestone S, Franklin D, et al. Institutional injustice: implications for system transformation emergin from the mental health recovery narratives of people experiencing marginalisation. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250367.
51. Ansloos J, Stewart S, Fellner K, et al. Indigenous peoples and professional training in psychology in Canada. *Can Psychol.* 2019;60(4):265.
52. Chan W, Chunn D. Racialization, crime, and criminal justice in Canada. Toronto (ON): University of Toronto Press; 2014. p. 240.
53. Henry F, Dua E, Kobayashi A, et al. Race, racialization and indigeneity in Canadian universities. *Race Ethn Educ.* 2017;20(3):300-314.
54. Kendall G. Understanding White privilege: creating pathways to authentic relationships across race. 2nd ed. New York (NY): Routledge; 2013. p. 240.
55. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.
56. Pulido L. Geographies of race and ethnicity II: environmental racism, racial capitalism and state-sanctioned violence. *Prog Hum Geog.* 2017;41(4):524-533.
57. Waldron I. Re-thinking waste: mapping racial geographies of violence on the colonial landscape. *Envirol Sociol.* 2018;4(1):36-53.
58. Waldron I. In your place and out of place: mapping spatial violence in urban and rural African Nova Scotian communities. *Can Rev Sociol.* 2020;57(4):733-736.
59. Dhillon C, Young MG. Environmental racism and First Nations: a call for socially just public policy development. *Can J Human Soc Sci.* 2010;1(1):23-37.
60. McGregor D. Mino-Mnaamodzawin: achieving indigenous environmental justice in Canada. *Environment and Society.* 2018;9(1):7-24.
61. Norgaard KM, Reed R. Emotional impacts of environmental decline: what can native cosmologies teach sociology about emotions and environmental justice? *Theory Soc.* 2017;46(6):463-495.
62. Willox AC, Harper SL, Edge VL, et al. The land enriches the soul: on climatic and environmental change, affect, and emotional health and well-being in Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Emot, Space Soc.* 2013;6:14-24.
63. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol.* 2006;35(4):888-901.
64. Block S, Galabuzi-Grace E, Tranjan R. Canada's colour coded income inequality. Ottawa (ON): Canadian Centre for Policy Alternatives; 2019. p. 26.
65. Brittain M, Blackstock C. First Nations child poverty: a literature review and analysis. Ottawa (ON): First Nations Children's Action Research and Education Service (FNCARES); 2015. p. 175.
66. Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC). What we have learned: principles of truth and reconciliation [Internet]. Ottawa (ON): Author; 2015. Available from: <https://bit.ly/3QJfLd3>.
67. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann NY Acad Sci.* 2010;1186:190-222.
68. Geronimus AT, Hicken M, Keene D. "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among Blacks and Whites in the United States. *Am J Public Health.* 2006;96(5):826-833.
69. Shonkoff JP, Slopen N, Williams DR. Early childhood adversity, toxic stress, and the impacts of racism on the foundations of health. *Ann Rev Public Health.* 2021;42:115-134.
70. Nadal KL, Griffin KE, Wong Y. The impact of racial microaggressions on mental health: counseling implications for clients of color. *J Counsel Dev.* 2014;92(1):57-66.
71. Sue DW, Alsaidi S, Awad MN. Disarming racial microaggressions: microintervention strategies for targets, White allies, and bystanders. *Am Psychol.* 2019;74(1):128.
72. Spanierman LB, Clark DA, Kim Y. Reviewing racial microaggressions research: documenting targets' experiences, harmful sequelae, and resistance strategies. *Perspect on Psychol Sci.* 2021;16(5):1037-1059.

73. Wallace S, Nazroo J, Bécarea L. Cumulative effect of racial discrimination on the mental health of ethnic minorities in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2016;106:1294-1300.
74. Codjoe HM. Fighting a “public enemy” of Black academic achievement—the persistence of racism and the schooling experiences of Black students in Canada. *Race Ethn Educ*. 2001;4(4):343-375.
75. Durham JJ. Perceptions of microaggressions: implications for the mental health and treatment of African American youth. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 2018;17:52-61.
76. Hardeman RR, Medina EM. Structural racism and critical race theory: contributions to adolescent health inequities and outcomes. In: Barkley L, Svetaz MV, Chulaini V, editor. *Promoting health equity among racially and ethnically diverse adolescents*. New York (NY): Springer; 2019. p. 55-63.
77. Salole AT, Abdulle Z. Quick to punish: an examination of the school to prison pipeline for marginalized youth. *Can Rev Soc Policy*. 2015;72/73:124-18.
78. Adjei PB. The (em)bodiment of blackness in a visceral anti-Black racism and ableism context. *Race Ethn Educ*. 2018;21(3):275-287.
79. Ontario Association of Children’s Aid Societies. One vision, one voice: changing the Ontario child welfare system to better serve African Canadians. Practice framework: part 1: research report. Toronto (ON): Author; 2016 [Cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://bit.ly/3h5kKbo>.
80. Boatswain-Kyte A, Esposito T, Trocmé N. A longitudinal jurisdictional study of Black children reported to child protection services in Quebec, Canada. *Child Youth Serv Rev*. 2020;116:105219.
81. Thornhill EMA. So seldom for us, so often against us: Blacks and law in Canada. *J Black Stud*. 2008;38(3):321-337.
82. Government of Canada (1876/1985). Indian Act [Internet]. Minister of Justice [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://laws.justice.gc.ca/PDF/I-5.pdf>.
83. Parrot Z. Indian Act [Internet]. *Historica Canada*. Published online 2006. Last edited 2020 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-act#>.
84. Khenti AA. Homicide among young Black men in Toronto: an unrecognized public health crisis? *Can J Public Health*. 2013;104(1):e12-4.
85. Boyd RW. Police violence and the built harm of structural racism. *The Lancet*. 2018;392(10144):258-259.
86. Stewart E, Baumer E, Brunson R. Neighborhood racial context and perceptions of police-based racial discrimination among Black youth. *Criminology*. 2009;47(3):847-887.
87. Sheppard C, Thermitus T, Jones D. Understanding how racism becomes systemic. *The Globe and Mail* [Online Ed]. 2020 Jul 24; Opinion. Available from: <https://bit.ly/3Pbgnrz>.
88. Owusu-Bempah A, Wortley S. Race, crime and criminal justice in Canada. In: Bucerius S, Tonry M, editor. *The Oxford handbook of ethnicity, crime, and immigration*. New York (NY): Oxford University Press; 2014. p. 1-50.
89. Tran DQ, Ryder AG, Jarvis GE. Reported immigration and medical coercion among immigrants referred to a cultural consultation service. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(5):807-826.
90. Knight S, Jarvis GE, Ryder AG, et al. Ethnoracial differences in coercive referral and intervention among patients with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv*. 2021;73(1):1-7.
91. Kong J, Ip J, Huang C, Lin K. A year of racist attacks: anti-Asian racism across Canada one year into the COVID-19 pandemic. Toronto (ON): Chinese Canadian National Council Toronto Chapter; 2021 [cited 2022 Aug 16]. Available at: <https://bit.ly/3YgPln4>
92. Ontario Human Rights Commission. Policy on preventing discrimination on creed. Toronto (ON): Author; 2015 [cited 2022 Aug 16]; p. 173. Available from: <https://bit.ly/3FeM9QE>.
93. Moreau G. Police-reported hate crime in Canada, 2019. Ottawa, ON: Statistics Canada; 2021 [cited 2022 Aug 17]; p. 38. Available from: <https://bit.ly/3Pb0YaX>.
94. Montpetit J. Quebec City mosque shooting [Internet]. *Historica Canada*. Published online 2019. Last edited 2022 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/quebec-city-mosque-shooting#>.
95. Muslim family in Canada killed in ‘premeditated’ truck attack. *BBC News online*. Posted June 8, 2021 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-57390398>.
96. Gibson NC, Beneduce R. *Frantz Fanon, psychiatry and politics*. London (GB): Rowman & Littlefield International; 2017. p. 307.
97. Gordon LR. *What Fanon said: a philosophical introduction to his life and thought*. New York (NY): Fordham University Press; 2015.
98. Downs J. *Maladies of empire: how colonialism, slavery and war transformed medicine*. Cambridge (MA): The Belknap Press of Harvard University Press; 2021.
99. Hickling FW, Hutchison G. Post-colonialism and mental health. *Psychiatr Bull*. 2000;24(3):94-95.
100. Keller R. Madness and colonization: psychiatry in the British and French empires, 1800-1962. *J Soc Hist*. 2001;35(2):295-326.
101. Mahone S, Vaughan M, editors. *Psychiatry and empire*. London (GB): Palgrave Macmillan; 2007. p. 254.
102. Heaton MM. The politics and practice of Thomas Adeoye Lambo: towards a post-colonial history of transcultural psychiatry. *Hist Psychiatry*. 2018;29(3):315-330.
103. Jarvis GE. Changing psychiatric perception of African Americans with psychosis. *Eur J Am Cult*. 2008;27(3):227-252.
104. Dryden O, Nnorom O. Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ*. 2021;193(2):e55-e57.
105. Ben-Cheikh I. Psycho-education on racism: psychiatry’s role and responsibility in dismantling institutional racism. *Int J Soc Psychiatr*. 2020;68(2):239-243.
106. Fernando S. *Mental health, race and culture*. 3rd ed. London (GB): Palgrave; 2010.
107. Elliot JL, Fleras A. *Unequal relations: an introduction to race and ethnic dynamics in Canada*. Toronto (ON): Prentice Hall; 1992.
108. Satzewich V. *Racism in Canada*. New York (NY): Oxford University Press; 2011.
109. Edge S, Newbold B. Discrimination and the health of immigrants and refugees: exploring Canada’s evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):141-148.
110. Salami B, Mason A, Salma J, et al. Access to healthcare for immigrant children in Canada. *Int J Environ Research Public Health*. 2020;17(9):3320.

111. Khan M, Kobayashi K, Lee SM, et al. (In)Visible minorities in Canadian health data research. *Popul change lifecourse strategic knowl cluster discuss pap ser.* 2015;3(1):Article 5.
112. Urquia ML, PJ, Heaman MI. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity. *Soc Sci Med.* 2012;74(10):1610-1621.
113. Henry F, Dua E, James CE, et al. *The equity myth: racialization and indigeneity at Canadian universities.* Vancouver (BC): UBC Press; 2017. p. 392.
114. Bumpus N. Too many White senior academics still resist recognizing racism. *Nature.* 2020;583(7818):661.
115. Kassam A. Canadian medicine has a diversity problem. *Toronto Star online.* 2017 Sep 3 [cited 2022 Aug 16].
116. Ohler Q. Access to Aboriginal doctors a struggle for Indigenous population. *Global News.* 2018 Dec 17 [cited 2022 Aug 16].
117. Foster L, Park S, McCague H, et al. *Black Canadian national survey interim report.* Institute for Social Research: York University, Toronto (ON); 2021.
118. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511.
119. Cénat JM, Hajizadeh S, Dalexis RD. Prevalence and effects of daily and major experiences of racial discrimination and microaggressions among Black individuals in Canada. *J Interpers Violence.* 2022;37(17-18):NP16750-NP16778.
120. Gajaria A, Guzder J, Rasasingham R. What's race go to do with it? A proposed framework to address racism's impacts on child and adolescent mental health in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(2):132-138.
121. Shaheen-Hussain S. *Fighting for a hand to hold: confronting medical colonialism against Indigenous children in Canada.* Montreal (QC): McGill-Queen's University Press; 2020; (97). p. 360.
122. Nerestant A. Racism, prejudice contributed to Joyce Echaquan's death in hospital, Quebec coroner's inquiry concludes. *CBC News online.* Posted October 1, 2021 [cited 2022 Aug 22].
123. Chiu M, Amartey A, Wang X. Ethnic differences in mental health status and service utilization: a population-based study in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry.* 2018;63(7):481-491.
124. Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, et al. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:1691-1700.
125. Benner A, Wang Y, Shen Y. Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: a meta-analytic review. *Ame Psychol J.* 2018;73(7):S855-883.
126. Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K. Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2005;95:496-501.
127. Heinz A, Müller D, Krach S. The uncanny return of the race concept. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:S836.
128. Henssler J, Brandt L, Müller M, et al. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(3):325-335.
129. Cénat JM, Kogan C, Noorishad PG, et al. Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: the major role of everyday racial discrimination. *Depress Anxiety.* 2021;9:886-895.
130. Jarvis GE, Toniolo I, Ryder AG. High rates of psychosis for Black inpatients in Padua and Montreal: different contexts, similar findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(3):247-253.
131. Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Serv.* 2012;63:147-153.
132. Janssen I, Hanssen M, Bak M, et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry.* 2003;182(1):71-76.
133. Chakraborty A, McKenzie K. Does racial discrimination cause mental illness. *Br J Psychiatry.* 2002;180(6):475-477.
134. Asonye U, Apping N, Lopez LV. Health disparities in Black patients with severe mental illness and the role of structural racism. *Psychiatr Ann.* 2020;50(11):483-488.
135. Veling W, Pot-Kolder R, Counotte J. Environmental social stress, paranoia and psychosis liability: a virtual reality study. *Schizophr Bull.* 2016;42:1363-1371.
136. Jarvis GE, Kirmayer LJ, Jarvis GK. The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):705-10.
137. Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open.* 2018;4:31-38.
138. Chiu M, Lebenbaum M, Newman AM. Ethnic differences in mental illness severity: a population-based study of Chinese and South Asian patients in Ontario, Canada. *J Clin Psychiatry.* 2016;77(9):e1108-e1116.
139. Cénat JM, Blais-Rochette C, Morse C, et al. Prevalence and risk factors associated with attention-deficit/hyperactivity disorder among US Black individuals: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(1):21-28.
140. Fante-Coleman T, Jackson-Best F. Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: a scoping review. *Adolesc Research Rev.* 2020;2:115-136.
141. von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):382.
142. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et al. Guidelines for training in cultural psychiatry. *Can J Psychiatry.* 2021;66(2):195-246.
143. Fung K, Andermann L, Zaretsky A. An integrative approach to cultural competence in the psychiatric curriculum. *Acad Psychiatry.* 2008;32:272-282.
144. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian Black women of Caribbean descent. *Frontiers Sociol.* 2019;4:43.
145. Legha RK, Richards M, Kataoka SH. Foundations in racism: a novel and contemporary curriculum for child and adolescent psychiatry fellows. *Acad Psychiatry.* 2021;45(1):1-6.
146. Ohueri CW, Brown VA, Lawson WB, et al. Racial and ethnic minority mental health advocacy: strategies for addressing racism. In: Medlock M, Shtasel D, Trinh NH, et al., editor. *Racism and Psychiatry.* Towtowna (NJ): Humana Press; 2019. p. 217-232.
147. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(11):929-931.
148. Hairston DR, Gibbs TA, Wong SS, et al. Clinician bias in diagnosis and treatment. In: Medlock MM, Shtasel D, Trinh N-HT, et al., editors. *Racism and psychiatry: contemporary*

- issues and interventions. Towtowa (NJ): Humana Press; 2019. p. 105-137.
149. Holm AL, Rowe Gorosh M, Brady M. Recognizing privilege and bias: an interactive exercise to expand health care providers' personal awareness. *Acad Med.* 2017;92(3):360-364.
 150. Kareem J, Littlewood R, editors. *Intercultural therapy: themes, interpretation and practice.* New York (NY): Blackwell Scientific Publications; 1992. p. 294.
 151. Benuto LT, Casas J, O'Donohue WT. Training culturally competent psychologists: a systematic review of the training outcome literature. *Train Educ Prof Psychol.* 2018;12(3):125-134.
 152. Gamst G, Dana RH, Der-Karabetian A, et al. Cultural competency revised: the California brief multicultural competence scale. *Meas Eval Couns Dev.* 2004;37(3):163-183.
 153. Moodley R, Lee E, editors. *The routledge international handbook of race, culture and mental health.* New Your (NY): Routledge; 2020.
 154. Guzder J. Family systems in cultural consultation. In: Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, editor. *Cultural consultation: encountering the other in mental health care.* New York (NY): Springer; 2014. p. 139-161.
 155. Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, editors. *Cultural consultation: encountering the other in mental health care.* New York (NY): Springer; 2014.
 156. Kirmayer LJ, Jarvis GE. Culturally responsive services as a path to equity in mental healthcare. *Healthc Paps.* 2019;18(2):11-23.
 157. Sharma M, Pinto AD, Kumagai AK. Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere? *Acad Med.* 2018;93(1):25-30.
 158. Castillo EG, Isom J, DeBonis KL. Reconsidering systems-based practice: advancing structural competency, health equity, and social responsibility in graduate medical education. *Acad Med.* 2020;95(12):1817-1822.
 159. Buchman S, Woollard R, Meili R, et al. Practicing social accountability: from theory to action. *Can Fam Physician.* 2016;62(1):15-18.
 160. Kirmayer LJ, Kronick R, Rousseau C. Advocacy as key to structural competency in psychiatry. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(2):119-120.
 161. Fung KP, Lo HT, Srivastava R. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcult Psychiatry.* 2012;49(2):165-184.
 162. Guzder J, Rousseau C. A diversity of voices: the McGill 'working with culture' seminars. *Cult Med Psychiatry.* 2013;37(2):347-364.
 163. Kumagai AK, Lybson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med.* 2009;84(6):782-787.
 164. Schen CR, Greenlee A. Race in supervision: let's talk about it. *Psychodynam Psychiatry.* 2018;46:1-21.
 165. Wear D, Zaroconi J, Aultman J. Remembering Freddie Gray: medical education for social justice. *Acad Med.* 2017;92(3):312-317.
 166. Beder M, Batke A, Hamer D. The transcultural psychiatry reading group: a learner-led approach to cultural psychiatry. *Acad Psychiatry.* 2015;39:703-705.
 167. Lam JS, Gajaria A, Matthews DM. Bridging cultural psychiatry and global mental health: a resident-led initiative. *Acad Psychiatry.* 2016;40(4):729-30.
 168. Comeau S, Stergiopoulos V. More than being against it: anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcult Psychiatry.* 2012;49(2):261-282.
 169. Diffey L, Mignone J. Implementing anti-racist pedagogy in health professional education: a realist review. *Health Educ Care.* 2017;2:1-9.
 170. Legha RK, Miranda J. An anti-racist approach to achieving mental health equity in clinical care. *Psychiatric Clin North Am.* 2020;43(3):451-469.
 171. Hansen H, Braslow J, Rohrbaugh RM. From cultural to structural competency—training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(2):117-118.
 172. First Nations Health Authority. *Cultural safety and humility* [Internet]. Vancouver (BC): Author; 2021 [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://bit.ly/3Y6izER>.
 173. Williams MT. *Managing microaggressions: addressing everyday racism in therapeutic spaces.* New York (NY): Oxford University Press; 2020.
 174. Gajaria A, Haynes K, Kosic Y. The substance abuse program for African-Canadian and Caribbean youth (SAPACCY): an innovative program serving the mental health needs of African, Caribbean, and Black youth. *IN Yi Journal.* 2021;11(1):1-11.
 175. Assembly of First Nations. *Accessing Jordan's principle: a resource for First Nations parents, caregivers, families and communities.* Ottawa (ON). Author; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bit.ly/3BhGsQg>.
 176. Council of the Atikamekw of Manawan and Council de la Nation Atikamekw. *Joyce's principle.* 2020 [cited 022 Aug 21]; p. 16. Available from: <https://bit.ly/3Fe0sEz>.
 177. Cave L, Cooper MN, Zubrick SR. Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2020;250:112864.
 178. King LJ, Chandler PT. From non-racism to anti-racism in social studies teacher education: social studies and racial pedagogical content knowledge. In: Crowe AR, Cuenca A, editor. *Rethinking social studies teacher education in the twenty-first century.* New York (NY): Springer; 2016. p. 462.
 179. Moodley R, Ocampo M. *Critical psychiatry and mental health: exploring the work of Suman Fernando in clinical practice.* London (GB): Routledge; 2014. p. 294.
 180. Ayonrinde OA. Managing multicultural and multinational teams in healthcare management for psychiatrists. In: Bhugra D, Bell S, Burns A, editors. *Management for psychiatrists.* 4th ed. London (GB): The Royal College of Psychiatrists; 2016.
 181. Mulvey TA, Michalski DS, Wicherski M. 2008-09: Applications, acceptances, enrollments, and degrees awarded to master's- and doctoral-level students in US and Canadian graduate departments of psychology [Internet]; Washington (DC): American Psychological Association; 2010. Available from: <https://www.apa.org/workforce/publications/10-grad-study/application>.
 182. Sudak DM, Stewart AJ. Can we talk? The role of organized psychiatry in addressing structural racism to achieve diversity and inclusion in psychiatric workforce development. *Acad Psychiatry.* 2021;45(1):89-92.
 183. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133.
 184. Shin H, Bonilla-Silva E. Racism without racists: color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States. *TESOL Quarterly.* 2006;40(3):652-654.

185. ACT Human Rights Commission. Systemic advocacy [website]. Canberra (Au); Author; 2021 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <https://hrc.act.gov.au/public-advocate/systemic-advocacy/>.
186. Fung KP, Guzder J. Canadian Immigrant mental health. In: Moussaoui D, Bhugra D, Ventriglio A, editors. *Mental health and illness in migration*. New York (NY): Springer; 2018. p. 1–21.
187. Allen L, Hatala A, Ijaz S. Indigenous-led health care partnerships in Canada. *CMAJ*. 2020;192(9):e208-e216.
188. Kronick R, Rousseau C, Cleveland J. Asylum-seeking children's experiences of detention in Canada: a qualitative study. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(3):287-294.
189. Beder M, Cohen M, Hui K. End immigration detention: an open letter. *The Lancet*. 2018;392(10145):381-382.
190. Willen SW, Mulligan J, Castañeda H. Take a stand commentary: how can medical anthropologists contribute to contemporary conversations on “illegal” immigration and health? *Med Anthropol Q*. 2011;25(3):331-356.
191. Featherstone D. Maritime labour and subaltern geographies of internationalism: Black internationalist seafarers' organising in the interwar period. *Polit Geogr*. 2003;49:7-16.
192. Bhabha J. Internationalist gatekeepers?: the tension between asylum advocacy and human rights. *Immigration and Nationality Law Review*. 2002;23:159-186.
193. Soklaridis S, Bernard C, Ferguson G, et al. Understanding health advocacy in family medicine and psychiatry curricula and practice: a qualitative study. *PLoS One*. 2018;13(5):e0197590.
194. Boatswain-Kyte A, Trocmé N, Esposito T, et al. Child protection agencies collaborating with grass-root community organizations: partnership or tokenism? *J Public Child Welfare*. 2021;16(2):1-27.
195. Williams MT, Roy AK, MacIntyre MP. The traumatizing impact of racism in Canadians of colour. *Curr Trauma Rep*. 2022;8(2):17-34.
196. Turpel-Lafond ME. In plain sight: addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care. 2020. Available from: <https://bit.ly/3Y6xNiO>.



Un appel à l'action en matière de racisme et de violence structurelle dans la formation et la pratique clinique psychiatriques

G. Eric Jarvis, MD, MSc¹; Lisa Andermann, MPhil, MDCM, FRCPC²; Oyedeji A. Ayonrinde, MBBS, FRCPsych, MBA³; Michaela Beder, MD, FRCPC⁴; Jude Mary Cénat, PhD, MSc, CPsych⁵; Imen Ben-Cheikh, MD⁶; Kenneth Fung, MD, FRCPC, MSc, FAPA, DFCA⁷; Amy Gajaria, MD, FRCPC⁸; Ana Gómez-Carrillo, MD⁹; Jaswant Guzder, BSc MDCM, FRCPC¹⁰; Sarah Hanafi, MD¹¹; Azaad Kassam, MD, FRCPC¹²; Rachel Kronick, MD, FRCPC, MSc¹³; Myrna Lashley, MEd, PhD¹⁴; Roberto Lewis-Fernández, MD¹⁵; Audrey McMahan, MD, FRCPC¹⁶; Toby Measham, MD, MSc, FRCPC¹⁷; Lucie Nadeau, MD, MSc, FRCPC¹⁸; Cécile Rousseau, MD, MSc¹⁹; Joseph Sadek, MD, FRCPC, DABPN²⁰; Meryam Schouler-Ocak, MD²¹; Cornelia Wieman, MSc, MD, FRCPC²²; Laurence J. Kirmayer, MD, FRCPC, FCAHS, FRSC²³

Un énoncé de principe rédigé par la section de psychiatrie transculturelle de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et le Comité de l'éducation, et approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 19 mai 2022.

¹ Professeur agrégé, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Directeur, Service de consultation culturelle et Groupe de travail de culture et psychose, Hôpital général juif, Montréal, Québec, Canada.

² Co-présidente, Conseil d'équité et d'inclusion; Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

³ Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université Queen's, Kingston, Ontario, Canada; Directeur clinique, psychiatrie communautaire, Providence Care, Kingston, Ontario, Canada.

⁴ Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

⁵ Faculté de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario; Centre interdisciplinaire pour la santé noire, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada.

⁶ Professeure clinique, département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

⁷ Professeur et directeur de Santé mentale mondiale, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada; directeur clinique, Initiative asiatique en santé mentale, Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario, Canada; ancien président, Société d'étude de psychiatrie et culture.

⁸ Margaret et Wallace McCain Centre pour la santé mentale des enfants, des jeunes et des familles, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario, Canada; Département de psychiatrie, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

⁹ Hôpital de Montréal pour enfants (HME), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Montréal, Québec, Canada; Centre de santé Inuulitsivik, Puvirnituq, Québec; Centre de santé Ungava Tulattavik, Kuujuaq, Québec, Canada.

¹⁰ Professeure (retraîtée), Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

¹¹ Médecin résidente, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

¹² Professeur adjoint et Chef de la psychiatrie culturelle, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada; Directeur des services psychiatriques, Ottawa Newcomer Health Centre, Ottawa, Ontario, Canada; psychiatre culturel, Santé et bien-être holistiques, Conseil Mohawk d'Akwesasne, Akwesasne, Québec, Canada.

Introduction

De récents événements au Canada, comme la découverte de tombes anonymes d'enfants autochtones sur les terrains d'anciens pensionnats et l'émergence de Black Lives Matter (la vie des Noirs compte), ont fait ressortir les inégalités endurées depuis longtemps par les Autochtones, les Noirs, les Asiatiques et d'autres minorités racialisées, et ont mobilisé des efforts pour aborder les effets du racisme sur la santé, la santé mentale et le bien-être¹¹⁻⁸. L'Association des psychiatres du Canada a publié une déclaration de principe, *Un appel à l'action en matière de racisme et de justice sociale en santé mentale*, qui a été élaborée par la section de psychiatrie transculturelle pour revendiquer la diversification des effectifs en santé mentale, la sécurisation culturelle et structurelle des milieux éducatifs et cliniques, le démantèlement des théories et pratiques racistes en santé mentale, et la transformation des structures institutionnelles afin de les rendre plus équitables et réactives⁹. Cet article contribue à cet appel en se positionnant pour que la psychiatrie canadienne agisse maintenant afin de remédier au problème persistant du racisme systémique par des changements concertés au niveau de la formation et des services de santé mentale, comme indiqué dans cet article. Les objectifs de cet énoncé de principe sont :

1. Clarifier les principaux termes et concepts et présenter un aperçu du racisme en psychiatrie.

2. Décrire le racisme systémique et les inégalités enchâssés dans la formation et la pratique clinique au Canada.
3. Identifier les priorités pour remédier aux répercussions du racisme structurel sur les patients.
4. Décrire le rôle des psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale, et de leurs associations professionnelles pour dénoncer le racisme et la violence structurelle dans la formation et la pratique clinique.
5. Offrir des recommandations basées sur les données probantes issues de recherche scientifique et des pratiques exemplaires pour transformer la formation et la pratique clinique en psychiatrie au Canada.

Principaux termes et concepts

La race est une identité culturellement construite qui divise l'humanité en groupes fondés sur des notions d'ascendance partagée et de traits physiques présumés indiquer des attributs biologiques¹⁰⁻¹³. Les construits raciaux ont varié énormément au fil de l'histoire en réponse aux priorités politiques et économiques des groupes sociaux dominants, souvent pour légitimer des systèmes d'oppression dont l'esclavage, le colonialisme et l'apartheid¹⁴⁻¹⁶. Les construits et catégories raciaux nord-américains remontent à la période de l'histoire européenne qui suit les Lumières¹⁷, et reflètent les intérêts de groupes puissants ainsi que la propension humaine à distinguer l'endogroupe et l'exogroupe et à construire des catégories essentialistes¹⁸. Bien que les populations

¹³ Professeure adjointe, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Chercheure clinicienne, Institut Lady Davis et Institut de recherche Sherpa, Montréal, Québec, Canada.

¹⁴ Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Présidente scientifique, Conseil d'éthique de recherche, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, Hôpital général juif Sir B. Mortimer, Montréal, Québec, Canada; Chercheure, Institut Lady Davis de recherche médicale, Hôpital général juif Sir B. Mortimer, Montréal, Québec, Canada.

¹⁵ Professeur de psychiatrie clinique, Columbia University, New York, New York, USA; Directeur, Centre d'excellence pour la compétence culturelle de l'État de New York et Chef du domaine de recherche, troubles anxieux, de l'humeur, alimentaires et connexes, New York State Psychiatric Institute, New York, New York, USA.

¹⁶ Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Médecins sans frontières.

¹⁷ Professeur adjoint, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Divisions de pédopsychiatrie et de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

¹⁸ Professeure agrégée, département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Pédopsychiatre, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Montréal, Québec et Centre de santé Inuulitsivik, Puvirnituq, Québec, Canada.

¹⁹ Professeure, Division de psychiatrie sociale et culturelle, Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

²⁰ Professeur agrégé, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada.

²¹ Professeure de psychiatrie interculturelle et de psychothérapie et Chef du domaine de recherche en migration interculturelle et recherche des soins, psychiatrie sociale, Charité – Universitätsmedizin, Berlin, Allemagne; Clinique de charité de l'université psychiatrique à l'hôpital St. Hedwig de Berlin, Allemagne.

²² Présidente, Association des médecins autochtones du Canada (IPAC); Médecin-chef adjoint, Autorité sanitaire des Premières Nations (FNHA), Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

²³ Professeur et directeur James McGill, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill, Montréal, Québec, Canada; Directeur, unité de recherche en culture et santé mentale, Institut Lady Davis, Hôpital général juif, Montréal, Québec, Canada.

humaines démontrent une variation génétique substantielle quand elles s'adaptent à des environnements locaux construits culturellement¹⁹⁻²¹ la variation humaine génétique entre les groupes suit un modèle gradué de gradients à trait unique, au lieu de se regrouper en catégories raciales distinctes^{10,22}. Le mélange mondial de populations humaines n'a pas résulté en groupes distincts qui justifieraient un construit catégorique comme la race²³. En outre, la recherche révèle une variation génétique beaucoup plus grande chez les personnes du même groupe qu'entre les personnes de différents groupes racialisés²⁴⁻²⁵.

Étant donné l'absence de soutien biologique du concept, il est plus exact de remplacer le terme *race* par l'adjectif *racialisé* pour en souligner la nature et l'usage²⁶ socio-culturellement construits, et comment ce processus de construction sociale sous-tend des modèles de discrimination raciale, d'oppression et d'exclusion sociale²⁷⁻²⁸ qui résultent en des inégalités marquées en santé mentale^{29-31,22}. Comme le formule Ta-Nehisi Coates : « La race est l'enfant du racisme, et non le père »^{32,p 7}.

Décrire le racisme aux niveaux micro, méso et macro

Le racisme existe aux niveaux sociaux *micro*, *méso* et *macro* des personnes, des institutions et des sociétés et il sert à justifier la distribution inéquitable du pouvoir et des ressources aux groupes racialisés³³⁻³⁷.

Racisme au niveau micro

Le niveau micro du racisme implique des actes individuels de discrimination et de violence interpersonnelle, notamment les *microagressions* de tous les jours qui sont des actes d'irrespect, d'affronts, de préjugés, de méconnaissance et d'exclusion qui peuvent être délibérés ou pas³⁸. Les microagressions incluent attirer inutilement l'attention sur la couleur de peau d'une personne, ses cheveux ou ses vêtements, ou de faire des hypothèses stéréotypées sur ses traits et ses capacités³⁹⁻⁴⁰. Le racisme peut aussi être internalisé par des personnes sous forme d'images de soi négatives qui causent de la souffrance et nuisent au fonctionnement⁴¹⁻⁴². Une hypothèse répandue est que le racisme ne prend que la forme d'actes malveillants commis par quelques « mauvaises » personnes⁴³. La plupart des psychiatres, y compris ceux qui bénéficient du *privilège blanc*, ne se verraient pas racistes. Cependant, alors que des actes manifestement racistes comme un discours haineux, des actions discriminatoires et de la violence physique ne sont pas

rare, les expressions interpersonnelles du racisme prennent souvent une forme moins explicite. Le public général est socialisé pour accepter et croire les discours racistes, notamment les stéréotypes, les préjugés et les biais implicites. Les prestataires de la santé mentale sont pareillement influencés par le racisme systémique omniprésent « qui fonctionne indépendamment des intentions ou des images de soi d'acteurs individuels »^{43, p 20}.

Le racisme affecte également ce qui est considéré comme une autorité crédible et ce qui compte comme connaissance ou preuve. *L'injustice épistémique* fait référence au fait que les affirmations de certaines personnes ou certains groupes sont jugées illégitimes (*injustice testimoniale*) et à la manière dont on leur refuse l'autorité d'utiliser leurs propres cadres pour interpréter le sens et la validité de ce qu'ils revendiquent comme étant la vérité (*injustice herméneutique*)⁴⁴. L'injustice épistémique a de profondes implications au niveau micro dans les milieux psychiatriques, où les voix des personnes racialisées peuvent être ignorées, muselées ou marginalisées non seulement au sein de rencontres cliniques, mais dans la production de savoir par la recherche et sa traduction en pratique fondée sur des données probantes.

Des stéréotypes ouvertement positifs peuvent aussi avoir des effets psychosociaux négatifs⁴⁵⁻⁴⁶. Le stéréotype de la *minorité modèle* est souvent utilisé pour situer les communautés asiatiques en relation avec une hiérarchie raciste blanc-noir. Outre ses effets dommageables sur les personnes⁴⁷, ce stéréotype minimise la portée du racisme anti-asiatique, maintient une hiérarchie raciste, dresse les groupes marginalisés les uns contre les autres et intensifie le racisme contre d'autres groupes racialisés⁴⁸. Le concept de la *minorité modèle* souligne comment diverses communautés font l'expérience du racisme de différentes façons.

Racisme au niveau méso

Le niveau méso concerne les institutions discriminatoires ou exclusives, les lois, les politiques et les pratiques par lesquelles des forces macro influencent les communautés et les personnes^{29,35}. Le *racisme institutionnel* caractérise les idéologies racistes et les pratiques enchâssées dans les institutions comme le gouvernement, les forces de l'ordre, l'éducation et les soins de santé^{29,49}, alors que *l'injustice institutionnelle* désigne la façon dont les ressources sont inéquitablement distribuées aux minorités racialisées⁵⁰. Ces processus sont évidents dans les biais raciaux du système de justice pénale (tels que la violence de la police, les taux élevés d'incarcération), des

programmes d'enseignement, de l'embauche et de la promotion universitaires, et dans la sous-représentation des communautés racialisées dans de nombreuses professions, y compris la psychiatrie⁵¹⁻⁵³. Le racisme institutionnel peut aussi s'exprimer par le traitement préférentiel de ceux dont les identités racialisées sont positivement valorisées. Le concept de « privilège » désigne l'avantage social non mérité basé sur l'identité racialisée que certains secteurs de la société tiennent pour acquis. *Le privilège blanc* fait référence spécifiquement à l'absence de l'expérience d'une discrimination, et au pouvoir, aux ressources et aux possibilités disponibles pour ceux qui sont classés dans la catégorie de « blanc », basée sur la couleur de leur peau⁵⁴.

Racisme au niveau macro

Au niveau macro, le racisme se manifeste dans les structures et les systèmes. Le *racisme structurel* reconnaît que le racisme ne peut se réduire à de simples institutions ou acteurs mais qu'il est construit dans la structure de la société en ce qui concerne la classe sociale et la caste, et l'organisation de l'espace²⁹. Le racisme structurel entraîne une *violence structurelle*, notamment la pauvreté, les inégalités en éducation et en santé, et l'absence de reconnaissance ou de souveraineté⁵⁵. Le *racisme systémique* indique la façon dont les institutions, les structures, les idéologies et les pratiques œuvrent ensemble pour intégrer le racisme au fonctionnement du système social. Il est important de noter que le racisme systémique peut survenir même quand les personnes qui participent au système ne sont pas consciemment racistes.

Le *racisme environnemental* est un autre phénomène macrosocial désignant le fait que les groupes racialisés sont exposés différemment à des conditions environnementales malsaines⁵⁶⁻⁵⁸. Cela a lieu à l'échelle locale et mondiale, et est spécialement marquant pour les nations autochtones, dont bon nombre ont un lien étroit avec le territoire, de sorte que les déprédations environnementales représentent des atteintes profondes à la personne et à la communauté⁵⁹⁻⁶².

Conséquences sociales et de santé du racisme

Le racisme affecte toutes les sphères de la vie⁶³. Selon les données du recensement canadien de 2016, les populations racialisées avaient un taux de chômage plus élevé que leurs homologues non racialisés (9,2 c. 7,3 pour cent) et gagnaient moins d'argent (78 cents et 59 cents pour les hommes racialisés et les femmes respectivement par dollar gagné par les hommes non racialisés), avec des

disparités chez les immigrants racialisés se prolongeant sur trois générations et au-delà⁶⁴. Les personnes autochtones font face à une violence structurelle permanente, enracinée dans l'héritage de la colonisation, y compris le système des pensionnats et les rafles des années soixante, qui perpétuent l'accès limité à de l'eau et à la nourriture saines, au logement stable, à l'éducation et à un financement adéquat de la santé⁶⁵⁻⁶⁶.

Les disparités en santé que connaissent les groupes racialisés incluent une espérance de vie plus courte et des taux plus élevés d'obésité, d'hypertension artérielle, de maladie cardiovasculaire et de diabète³⁰. Le concept de la *charge allostatique*⁶⁷, qui décrit les changements physiologiques attribuables au stress chronique, peut expliquer certains des effets du racisme sur les états de santé⁶⁸. L'interaction des adversités sociales et du manque d'accès aux ressources de santé peut contribuer aux inégalités⁶⁹.

Les microagressions contribuent à un fardeau interpersonnel qui a des conséquences physiques, psychologiques et sociales^{70,38}. Les microagressions sont omniprésentes, elles se manifestent dans les relations personnelles et de travail, ainsi que dans les lieux publics^{10,15}. Faire face aux microagressions dans ces contextes demande des stratégies spécifiques—qui exigent toutes énergie et temps^{71,72}. L'exposition cumulative à ces actes discriminatoires a des effets à long terme sur la santé chez les gens des minorités ethniques⁷³.

Les personnes racialisées, en particulier les personnes noires et autochtones, ont plus d'expériences négatives dans le système d'éducation, notamment l'exposition aux stéréotypes raciaux et à l'hostilité, au manque d'encouragement à poursuivre les études, à l'absence de modèles et aux possibilités moindres⁷⁴⁻⁷⁶, qui, de pair avec d'autres inégalités, contribuent à réduire les attentes, au chômage et à la surreprésentation des personnes racialisées dans le système de justice pénale canadien⁷⁷. De plus, les enfants noirs et autochtones sont surreprésentés dans le système de protection de l'enfance canadien, ce qui peut être relié à des biais implicites et aux effets de la violence systémique et du racisme⁷⁸⁻⁸⁰.

Historiquement, la loi canadienne a été de connivence avec des agendas racistes pour désavantager les communautés de couleur⁸¹. La « Loi sur les Indiens » (1876/1985) considérait que les autochtones étaient des pupilles de l'État et a institué des mesures oppressives à leur endroit⁸². Même si elle a été modifiée au fil des ans, la Loi sur les Indiens continue de contribuer au racisme structurel⁸³. Les personnes et les communautés racialisées vivent un contact accru avec la police et le système de justice⁸⁴⁻⁸⁶. Une étude a révélé

qu'alors que les personnes autochtones ne comptent que pour cinq pour cent de la population générale, elles représentent 30 pour cent des détenus fédéraux canadiens⁸⁷. Les jeunes noirs au Canada sont deux fois plus susceptibles que les jeunes blancs de se faire fouiller par la police, 50 pour cent plus susceptibles d'être détenus avant procès, d'avoir plus de conditions imposées lorsque libérés sous caution, et sont incarcérés à quatre fois le taux des blancs⁸⁸. Des études récentes à Montréal ont constaté que les patients psychiatriques noirs étaient à risque plus élevé d'interventions coercitives⁸⁹ particulièrement quand les tribunaux ou la police étaient impliqués⁹⁰.

Il y a une longue histoire de racisme anti-asiatique de la construction de la voie ferrée du Canadien Pacifique à la taxe d'entrée aux Chinois, à la Loi d'exclusion des Chinois et à l'internement des Canadiens d'origine japonaise durant la Deuxième Guerre mondiale, et au récent racisme anti-asiatique en réponse à la pandémie de la COVID-19. Un sondage national en 2021 rapportait que 50 pour cent des Canadiens d'origine chinoise se sont fait insulter à cause de la pandémie, et 43 pour cent ont été personnellement menacés ou intimidés. Dans la première année de la pandémie, quelque 1150 attaques racistes anti-asiatiques ont été volontairement rapportées sur des sites Internet, dont 11 pour cent impliquaient un contact physique et 10 pour cent, se faire tousser ou cracher dessus⁹¹.

Les populations racialisées souffrent aussi lorsqu'elles sont victimes de discrimination fondée sur leur religion, recoupée de préjugé ethnique basé sur la race. De nombreux exemples de crimes haineux qui visent les minorités religieuses ont été documentés au Canada⁹²⁻⁹⁵.

Racisme et discrimination en psychiatrie clinique

Le racisme est profondément enraciné dans les langues que nous parlons et les structures de notre société⁹⁶⁻⁹⁷ et il est évident dans la pratique institutionnelle de la psychiatrie⁹⁸⁻⁹⁹. Comme le reflètent les écrits de psychiatres coloniaux comme Antoine Porot et J.C. Carothers¹⁰⁰⁻¹⁰¹, le racisme a façonné les institutions psychiatriques à l'intérieur de pays et internationalement¹⁰². Les auteurs coloniaux ont promu des stéréotypes des communautés racialisées qui persistent en psychiatrie à ce jour¹⁰³. Malgré des disparités de soins de santé bien documentées pour les personnes de couleur et les immigrants, le racisme demeure un problème persistant en médecine et en psychiatrie canadiennes¹⁰⁴⁻¹⁰⁶. Dans le contexte canadien, le racisme et la discrimination ont été sous-rapportés, non détectés et non reconnus même si le racisme structurel affecte

patients et soignants à tous les niveaux de notre société^{107,108}.

Les immigrants racialisés et les minorités éprouvent des difficultés systémiques et culturelles pour avoir accès aux soins de santé mentale¹⁰⁹. Ces difficultés incluent les ressources financières limitées, une mauvaise compréhension des systèmes de soins de santé mentale, l'absence de services là où vivent les personnes racialisées et l'offre limitée d'interprètes pour les nouveaux arrivants¹¹⁰. L'accès aux soins pour les minorités racialisées nées au Canada, contrairement aux minorités racialisées d'immigrants, a peu été étudié, mais des données nationales suggèrent un lien entre la discrimination et un faible accès aux services, avec de pires résultats de santé mentale, par exemple, dans des conditions périnatales comme la dépression post-partum¹¹¹⁻¹¹².

Malgré des inégalités d'emploi bien documentées dans l'enseignement supérieur canadien¹¹³, les pratiques discriminatoires dans les universités qui excluent les personnes de couleur sont souvent ignorées¹¹⁴. En général, les données sur l'ethnicité des médecins canadiens sont difficiles à obtenir, mais l'information disponible montre un manque de diversité à tous les niveaux des ministères de la santé aux facultés de médecine¹¹⁵. Le recensement canadien de 2016 a révélé que même si les peuples autochtones représentaient quatre pour cent de la population, moins d'un pour cent des spécialistes en médecine et des omnipraticiens s'identifiaient comme autochtones (Ohler, 2018)¹¹⁶.

Selon le Rapport provisoire de l'Enquête nationale sur les Canadiens noirs¹¹⁷, 49 pour cent des autochtones et 70 pour cent des Canadiens noirs font l'expérience du racisme, et la majorité déclare que le racisme est un problème dans les soins de santé. Dans une revue systématique et une méta-analyse, Paradies et coll. (2015)¹¹⁸ ont découvert qu'alors que le racisme est significativement corrélé avec un mauvais état de santé, l'association entre racisme et mauvaise santé mentale, surtout le trouble de stress post-traumatique (TSPT), était deux fois plus grande que celle d'avec un mauvais état de santé physique. Les expériences de racisme sont porteuses de sérieuses conséquences à court et à long terme pour les personnes racialisées, notamment une satisfaction de vivre et une estime de soi réduites¹¹⁹ et plus d'impuissance et de comportement suicidaire¹²⁰. Le racisme systémique contribue aussi à la mauvaise qualité des soins de santé pour les personnes autochtones¹²¹⁻¹²² et à l'évitement des services de santé mentale par les Chinois, d'autres Asiatiques et les Canadiens noirs¹²³.

Les patients racialisés doivent faire face à des problèmes additionnels en raison du racisme, notamment des disparités dans les diagnostics et le cours de la maladie, c'est-à-dire : être diagnostiqué avec plus de troubles psychiatriques en général¹²⁴⁻¹²⁹, être mal diagnostiqué avec des troubles psychotiques plutôt que de la dépression et un TSPT¹³⁰⁻¹³¹, développer plus d'idéations délirantes ou autres symptômes psychotiques¹³²⁻¹³³, avoir un cours de la maladie relativement plus grave¹³⁴⁻¹³⁵ comme le reflète un excès de contacts avec la police et les ambulances avant l'évaluation en psychiatrie d'urgence¹³⁶, et être plus susceptible que les patients non racialisés d'être involontairement hospitalisé¹³⁷. Une méta-analyse a observé que la discrimination raciale anti-Asiatique est associée à la détresse mentale, les ethnicités chinoise et sud-asiatiques étant des prédicteurs indépendants de la gravité de la maladie, de la présence de symptômes psychotiques et de l'hospitalisation involontaire¹³⁸. Parmi les divers groupes ethno-raciaux étudiés, les Canadiens chinois déclaraient le sentiment le plus faible d'appartenance aux communautés locales et la santé mentale auto-évaluée la plus mauvaise¹²³.

Aborder le racisme dans la formation psychiatrique canadienne et le développement professionnel

Malgré la reconnaissance croissante du besoin de pratiques antiracistes, peu de programmes de formation pour les professionnels de la santé mentale abordent les questions de l'identité racialisée et du racisme^{78,139-141}. Il y a un besoin pressant d'éduquer les professionnels de manière à identifier et à parler des effets du racisme sur leurs patients et sur eux-mêmes, de même que sur les institutions de santé et les systèmes dans lesquels ils travaillent. Les professionnels doivent également comprendre comment le passé et le présent colonial ainsi que les histoires de racisme et d'exclusion affectent les pratiques courantes. Le racisme inexploré dans la profession risque de faire de la psychiatrie un choix de carrière inintéressant pour les stagiaires potentiels appartenant à des groupes racialisés.

L'élaboration des programmes d'études peut commencer par présenter les principaux objectifs d'apprentissage en ce qui a trait aux attitudes, aux compétences et aux connaissances à l'aide du Cadre CanMEDS, et décrire les compétences qui peuvent être évaluées par les activités professionnelles fiables (APE)¹⁴². Celles-ci doivent ensuite être intégrées autant que possible dans les rapports d'évaluation en cours de formation (ITER) et au contenu de l'examen du Collège royal parce que l'évaluation

nourrit l'apprentissage et est gage de l'engagement institutionnel¹⁴³.

Les programmes d'études de résidence doivent s'assurer que les résidents approfondissent leur compréhension de la nature intersectionnelle de l'identité racialisée, du racisme, du pouvoir, du privilège et de l'oppression¹⁴⁴, tout en étant ancrés dans les contextes sociaux et historiques de divers groupes marginalisés et opprimés¹⁴⁵. Le racisme doit être compris aux niveaux personnel, relationnel, et éco-social^{49,9,146} et dans ses diverses formes et divers contextes, notamment le racisme internalisé, la micro-agression, le racisme interpersonnel, le racisme institutionnel, le racisme structurel/systémique, les histoires coloniales du racisme, et finalement, comment ces enjeux s'entremêlent pour produire des disparités en santé mentale¹⁴⁷. Les programmes de formation doivent offrir des lieux sûrs et des modèles pour permettre aux enseignants et aux stagiaires de réfléchir à leurs propres préjugés^{106,148-150} et de mettre l'accent sur le développement des connaissances, compétences et attitudes nécessaires pour prodiguer des soins culturellement adaptés^{149,151-153}. Être conscient du racisme ne suffit pas : les stagiaires et les psychiatres doivent être activement opposés au racisme et posséder les outils pour s'attaquer aux préjugés et aux pratiques discriminatoires.

Pour reconnaître et combattre le racisme systémique, la formation doit mettre l'accent sur une approche plus systémique, y compris les compétences nécessaires pour évaluer la famille, les facteurs socio-culturels et les inégalités structurelles¹⁵⁴, promouvoir l'inclusivité des dimensions spirituelles, culturelles, systémiques et environnementales et les perspectives de divers clients¹⁵⁵. Une vision systémique peut équiper les cliniciens plus adéquatement pour créer une sécurisation dans la micro-dynamique de la rencontre clinique et évaluer les dimensions sociales de la souffrance¹⁵⁶.

La réflexion sur l'histoire du racisme structurel et systémique devrait être liée à des actions qui peuvent transformer le système de santé¹⁵⁷⁻¹⁵⁸. Créer des liens entre la théorie, la pratique clinique et le plaidoyer systémique est essentiel pour créer un changement significatif à tous les niveaux¹⁵⁹⁻¹⁶⁰. Cela nécessite que la formation traite du racisme aux niveaux micro, méso et macro pour faciliter le travail avec les personnes racialisées, les familles et les communautés par la collaboration et l'autonomisation collective^{8,161}.

La formation médicale prégraduée et post-graduée a besoin d'avoir une approche développementale

Tableau I. Pratiques anti-racistes en psychiatrie aux niveaux micro, méso et macro

A. Actions (individuelles/cliniques) au niveau micro

1. Soutenir l'introspection sur le racisme dans le cadre de la formation et de l'éducation médicale continue.
2. Réfléchir à ses propres antécédents, à ses expériences de discrimination et de positions de privilège, notamment les stéréotypes internalisés et les préjugés sur soi et les autres.
3. Se familiariser avec les expériences des groupes racialisés.
4. Devenir culturellement compétent, explorer les identités racialisées et la discrimination de tous les jours.
5. Adopter une position proactive contre le racisme.

B. Actions (professionnelles/institutionnelles) au niveau méso

1. Identifier le racisme institutionnel en psychiatrie et en médecine; documenter systématiquement le racisme et l'inégalité dans les services psychiatriques, l'administration et la recherche, en les remplaçant par des pratiques anti-racistes; s'assurer qu'il y ait des conséquences pour les actes racistes.
2. Élaborer des programmes d'études de formation anti-racistes pour les stagiaires et le personnel afin de répondre au racisme dans les interactions cliniques et individuelles.
3. Les organisations professionnelles comme l'APC doivent diversifier les comités d'éducation, offrir des présentations pertinentes lors des congrès annuels et former des partenariats avec des organisations de stagiaires noirs et autochtones et de médecins pour s'engager dans le plaidoyer.
4. Développer des services cliniques et professionnels anti-racistes en engageant des communautés minoritaires et en intégrant la compétence structurelle, la sécurité et l'humilité.
5. Assurer des soins structurellement compétents avec des interprètes linguistiques, en considérant la distance parcourue et les heures de service variables.
6. Procéder à une évaluation de la pratique anti-raciste dans le programme professionnel, de formation et l'accréditation des hôpitaux, où les accréditeurs nécessitent des plans précis pour traiter du contenu raciste des programmes d'études, des soins cliniques et de la supervision des étudiants.
7. Embaucher, financer et soutenir du personnel des communautés racialisées.
8. Embaucher, financer et soutenir des leaders de l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) pour chaque département universitaire de psychiatrie.
9. Recueillir les données d'accès aux soins avec la contribution des communautés racialisées.
10. Revendiquez des interventions de non-police pour les crises de santé mentale.

C. Actions (sociales/idéologiques) au niveau macro

1. Reconnaître le racisme dans la société canadienne, notamment l'histoire et la complicité de la profession dans le racisme systémique, la colonisation, l'esclavage, le génocide et l'inégalité des soins de santé mentale, et les façons dont ces forces sont présentement en jeu.
 2. S'engager au plaidoyer pour traiter des inégalités culturelles, y compris la détention de l'immigration, l'accès aux soins pour ceux sans assurance et l'excès d'incarcération des peuples racialisés.
 3. Assurer l'accès à des services de santé mentale culturellement sûrs et structurellement compétents.
 4. Favoriser le pluralisme et la diversité comme valeurs essentielles dans la société et mettre en œuvre l'équité par la collaboration avec les communautés.
 5. Assurer la représentation équitable des diverses communautés à tous les niveaux de la société, y compris les services, la recherche et l'administration de santé mentale.
-

intégrée pour combattre le racisme tout en offrant des connaissances et des cadres conceptuels dans des présentations didactiques, en cultivant un changement attitudinal par l'apprentissage expérientiel et réflexif, et en développant des compétences cliniques et de plaidoyer grâce à la supervision et par l'exemple^{9,162-165}. Des discussions de groupe animées par l'apprenant peuvent constituer des espaces additionnels de dialogue, complémentaire au programme d'études officiel¹⁶⁶⁻¹⁶⁷. Par-dessus tout, les apprenants racialisés ont besoin d'un espace sécuritaire pour apprendre, avec des mentors et des superviseurs qui reconnaissent et combattent le racisme qu'ils rencontrent dans les interactions des patients, de même qu'avec les collègues, les institutions et la société en général. Certains apprenants et enseignants peuvent nécessiter

un mentorat spécifique de superviseurs qui ont l'expérience vécue du racisme.

Les enseignants doivent accorder la priorité aux initiatives anti-racistes pour établir la confiance et assurer la durabilité, et ils doivent être formés à la pédagogie anti-raciste, à la sécurisation culturelle, à l'humilité culturelle, et à la compétence culturelle et structurelle pour pouvoir aborder les enjeux du racisme qui apparaissent dans la supervision clinique^{164,168-172}. L'engagement des membres de la communauté et des utilisateurs des services dans la formation est la clé pour démasquer la réalité vécue du racisme et confronter préjugés et stéréotypes. Faciliter des collaborations interdisciplinaires et communautaires à long terme peut favoriser l'auto-transformation et l'action collective.

Combattre le racisme dans la pratique clinique

Faisant face à la complexité du racisme historique et actuel, de nombreux cliniciens et membres des communautés racialisées peuvent douter de la possibilité que les systèmes de santé mentale puissent jamais dispenser des soins équitables. Plutôt que de reculer devant leur responsabilité, tous les cliniciens et les institutions doivent faire un examen critique des préjugés enchâssés dans les pratiques et politiques pour éviter de perpétuer le racisme et la discrimination¹⁷³. Assurer la diversité de la main-d'œuvre de la santé et transmettre une volonté de reconnaître et de discuter des enjeux du racisme peut contribuer à un accès aux soins plus équitables¹⁷⁴. Les actions anti-racistes explicites sont nécessaires aux niveaux micro, méso et macro (Tableau 1).

En accord avec les recommandations au sujet de la formation ci-haut mentionnées, Cénat (2020)¹⁴⁷ présente des approches essentielles à la pratique anti-raciste pour les praticiens de la santé au niveau micro, mettant en relief la conscience de soi, la reconnaissance de la diversité dans et parmi les groupes, la connaissance des effets du racisme et de la discrimination sur les services cliniques et de santé mentale, et les compétences spécifiques en entrevue, évaluation et traitement. Les politiques antiracistes et les lois contre la discrimination devraient être appliquées aux établissements de santé, comme le proposent des documents comme le Principe de Jordan¹⁷⁵ et le Principe de Joyce,¹⁷⁶ qui assurent les droits autochtones à des services équitables. Les pratiques anti-racistes en travail clinique commencent par la conscience de soi, l'ouverture et la volonté d'explorer ces enjeux avec des collègues et des patients.

Malheureusement, nombre de cliniciens soit évitent complètement de traiter du racisme, soit ne distinguent pas les attitudes non-racistes des attitudes anti-racistes^{74-75,177}. Une attitude non-raciste désigne un rejet passif, même un déni, du racisme, alors qu'une attitude anti-raciste implique des efforts actifs pour reconnaître le racisme systémique et en éliminer les effets dans les structures de la société¹⁷⁸. Quand des patients ou des collègues soulèvent des enjeux liés au racisme, leur expérience peut être minimisée, réduite ou ignorée par ceux qui adoptent une attitude « non-raciste ». Les cliniciens peuvent devenir défensifs, détournés, niant ou même blâmant les expériences discriminatoires sur les perceptions, les attitudes et les actions des victimes, ou voyant la méfiance légitime des patients comme l'expression d'une pensée suspicieuse ou paranoïde¹⁷³. Ces réactions ont été signalées par des patients de communautés racialisées qui peuvent alors se désengager

ou demeurer méfiants et peu disposés à parler ouvertement de leurs expériences de racisme^{153,179}. De même, les psychiatres racialisés peuvent vivre des micro-agressions presque à tous les jours de la part de leurs patients ou collègues. Ces expériences sont souvent invisibles et donc ne sont pas remarquées par les pairs ou les administrateurs de la santé. L'acceptation de la réalité du racisme systémique est une première étape nécessaire vers le changement qui soutiendra les initiatives de plaidoyer anti-racisme, d'alliance et d'équité.

Contre le racisme au niveau méso exige de l'attention aux structures et aux routines institutionnelles, comme fournir l'accès à des interprètes et des courtiers culturels. Pour la psychiatrie, cela peut comporter de modifier l'équipe clinique multidisciplinaire, l'étage, le département, les enseignants, l'hôpital et d'autres lieux de la pratique¹⁸⁰ afin de réduire les obstacles à l'accès et d'améliorer la qualité des services. Contre le racisme au niveau macro demande d'agir à un niveau sociétal, politique et structurel plus large par l'élaboration des programmes, le plaidoyer et la recherche qui demandent un changement des structures et des pratiques qui perpétuent le racisme dans divers secteurs et institutions (p. ex., la police, l'immigration, l'éducation, l'emploi, les soins de santé). Assurer la diversité au sein de la profession est une étape importante vers l'équité et le changement institutionnel. Au Canada, où les peuples autochtones¹¹⁶ et bien d'autres groupes sont sous-représentés dans les professions de la santé, des stratégies de financement et d'embauche menant au recrutement d'étudiants et résidents en médecine issus de groupes minoritaires peut contribuer à un changement de longue portée en psychiatrie vers une plus grande diversité et inclusivité dans la main-d'œuvre en santé mentale et une représentation équitable des groupes racialisés¹⁸¹⁻¹⁸². Plus qu'une simple représentation numérique, les psychiatres et stagiaires racialisés ont besoin que le système de santé mentale change pour devenir activement anti-raciste et ouvert à la diversité.

Une façon d'accroître la diversité dans la profession à long terme serait, pour des organisations comme l'APC, d'établir des partenariats avec d'autres organisations médicales professionnelles, comme l'Association médicale canadienne et les facultés de médecine canadiennes, afin de former des partenariats communautaires avec des groupes sous-représentés, et d'augmenter le nombre de candidats concurrentiels aux facultés de médecine. Réserver des places en formation, offrir des bourses ou un soutien financier, et accroître l'intégration des diplômés en médecine internationaux ont été des stratégies qui ont permis d'accroître une

représentation équitable des Noirs, des autochtones et d'autres groupes racialisés sous-représentés. Les enseignants peuvent travailler avec les étudiants en médecine et les organisations de médecins des communautés noires, ainsi qu'avec les organisations de médecins autochtones afin d'élaborer d'autres stratégies d'équité et d'inclusion. En outre, il est urgent de traiter du racisme et des inégalités enchâssés dans les avancements de carrière, les promotions universitaires, et les possibilités de leadership et de pouvoir, de même que du soutien aux professionnels racialisés pour prévenir l'épuisement professionnel. Étant donné le nombre limité de professionnels racialisés en psychiatrie, ils tendent à devenir surchargés et ont besoin de ressources pour fonctionner efficacement. Les organisations doivent être sensibles au temps, à la charge émotionnelle et à la distraction associés à ces tâches et offrir une reconnaissance appropriée à ces rôles.

La connaissance et l'expérience de psychiatres diversifiés sont essentielles pour améliorer les soins des patients racialisés et progresser vers un changement plus étendu des institutions et systèmes de santé^{106,163,183}. Entre-temps, les institutions de santé et les organisations professionnelles doivent cesser leurs approches « daltoniennes » actuelles qui sont communes et continuent de perpétuer la discrimination à l'endroit des personnes de couleur¹⁸⁴. Une étape importante serait pour chaque département universitaire de psychiatrie au Canada d'identifier un leader en équité, diversité et inclusion (EDI). Ce nouveau poste serait doté d'un statut significatif, de responsabilités, de ressources et d'un pouvoir décisionnel pour encourager et soutenir des politiques anti-racistes claires qui pourraient être mises en œuvre aux niveaux méso et macro (voir Tableau 1). Cela serait toutefois considéré comme un point de départ et non comme un signe que le racisme a été traité adéquatement au niveau institutionnel.

Prévenir les conséquences de la discrimination systémique sur la santé mentale

Les inégalités structurelles de la société canadienne affectent de manière disproportionnée les personnes racialisées. Redresser ces inégalités exige des interventions structurelles, notamment le plaidoyer, les interventions de santé publique et des changements politiques. Les psychiatres peuvent s'engager: sur ces questions à maints niveaux : au niveau micro en modifiant les soins cliniques et en prenant la responsabilité personnelle de développer ses

connaissances et ses compétences en anti-racisme, au niveau méso, en adaptant les programmes et au niveau macro, par le plaidoyer systémique, c'est-à-dire en travaillant à modifier les politiques ou les procédures qui influent largement sur les groupes ou communautés vulnérables¹⁸⁵. Même si les cliniciens n'aborderont pas tous ces différents niveaux, il est important de comprendre comment ils sont interreliés. Offrir des soins cliniques à des populations racialisées, sans s'occuper des questions structurelles de niveau supérieur, peut involontairement traiter les difficultés de santé mentale comme des problèmes issus de la personne plutôt que du racisme systémique. Les programmes spécialisés, qui comportent des principes anti-oppressifs et anti-racistes, offrent des interventions au niveau méso. Un exemple de ces programmes, SAPACCY, a été expressément créé pour les jeunes Canadiens d'origine africaine et caribéenne (SAPACCY)¹⁷⁴ et offre des services ethno-spécifiques élaborés en partenariat avec des communautés tout comme le font Hong Fook, Au-delà des frontières et l'Initiative asiatique en clinique de santé mentale à Toronto,¹⁸⁶ et aussi le Service de consultation culturelle de Montréal¹⁵⁵. De plus, il y a des programmes qui travaillent en collaboration et respectueusement avec les services de santé mentale autochtones en formant des partenariats avec les communautés autochtones rurales, éloignées et isolées pour résoudre localement des problèmes de santé mentale.

S'engager dans un plaidoyer structurel est moins familier pour bien des psychiatres¹⁶⁰. Cette forme de plaidoyer vise les causes profondes des inégalités qui frappent la santé tel la détention des migrants, la séparation des familles, l'emploi précaire, les institutions sociales culturellement non-sécuritaires, la représentation raciste dans les médias, la pauvreté et l'itinérance¹⁸⁸. Pour s'engager au niveau structurel, les psychiatres peuvent se joindre à des coalitions de plaidoyer ou en créer qui travaillent auprès des communautés affectées et emploient une diversité de tactiques, comme organiser des lettres ouvertes et des textes d'opinion¹⁸⁹ pour commenter les engagements politiques, judiciaires, juridiques ou politiques. Le plaidoyer ne vise pas qu'à corriger le racisme structurel mais à s'assurer que les voix marginales se fassent entendre dans le contexte des cadres des droits humains et de la justice sociale¹⁹⁰.

Prévenir le racisme en changeant les institutions, les attitudes et les pratiques exige un dialogue constant parmi les intervenants pour éclaircir les valeurs concurrentielles, offrir un espace sûr à l'autoréflexion critique, et mettre au point des interventions collaboratives^{191,192}. Le présent énoncé de principe ne peut pas remplacer les discussions,

séminaires et ateliers en cours au niveau local pour déterminer comment décoloniser les programmes d'études et prévenir le racisme dans les politiques et la pratique clinique. Les initiatives de plaider ne sont pas sans risque¹⁹³ : par exemple, dans une tentative d'obtenir rapidement un consensus, la complexité des enjeux et la diversité de l'expérience au sein des groupes peuvent être trop simplifiées et il en résulte que les communautés racialisées peuvent être stéréotypées comme étant impuissantes, passives, et sans résilience¹⁹². Pour éviter ces écueils, l'engagement participatif des communautés qui ont été largement exclues des initiatives de recherche ou de planification, sera la clé pour faire en sorte que le processus du plaider soit collaboratif, co-élaboré et responsabilisant plutôt que paternaliste ou simplement symbolique¹⁹⁴.

Conclusion : Un changement transformateur par la réflexion, le plaider et la solidarité

La diversité est une grande force de la société canadienne. Cependant, les groupes racialisés et minoritaires continuent de rencontrer préjugé et discrimination en psychiatrie. Ces formes d'injustice ne se résoudront pas en adoptant simplement une attitude de « daltonisme » qui ignore l'expérience vécue et l'incorporation structurelle du racisme. Le déni du racisme systémique et de la violence structurelle opère à tous les niveaux de la société canadienne¹⁹⁵. Le présent article adopte la position que la psychiatrie canadienne doit agir maintenant pour corriger le problème actuel du racisme systémique par des changements concertés dans la formation et les services de santé mentale tel qu'il le propose. Au sein de la profession, les psychiatres peuvent ne pas se sentir concernés ou injustement ciblés, et insister qu'ils n'aient pas d'attitudes ou de croyances racistes et qu'ils ne sont pas « privilégiés ». Malheureusement, l'indifférence et la défensive perpétuent le racisme systémique. Le rapport Turpel-Lafond (2020) a conclu que le racisme envahit les systèmes de santé, mais que des actions spécifiques appuyées par des politiques peuvent affecter le changement¹⁹⁶. Le progrès survient quand les gens réfléchissent à la manière dont leurs propres croyances et comportements contribuent au racisme dans la société canadienne. La lutte contre le racisme au niveau micro (personnel ou clinique) commence par la réflexion et un dialogue psychologiquement et culturellement sûr. Cela nécessite d'admettre les sentiments d'inconfort, de reconnaître les expériences des autres, de réaligner son statut de privilégié et de former des relations équitables, ce qui mène au plaider pour un changement systémique

aux niveaux méso et macro. Les organisations professionnelles, comme l'APC, doivent mener ce processus. La psychiatrie doit devenir un environnement professionnel plus sûr pour divers stagiaires et pour les patients. Les changements systémiques essentiels surviendront quand les psychiatres travailleront en partenariat avec d'autres professions, gouvernements et communautés. Les institutions qui luttent activement contre le racisme peuvent transformer graduellement les structures de la discrimination qui nuisent aux patients, aux collègues et à nous-mêmes qui contribuons à un système de santé et une société plus équitables.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants au conseil d'administration de l'APC, en particulier aux membres qui ont révisé cet énoncé de principe et y ont soumis leur rétroaction : Dr Harry Karlinsky, Dre Vanessa Lantz, Dre Catherine Hickey, Dr Leon Tourian, Dr Michael Mak, et Dr Michael Mercer.

Références

1. American Psychiatric Association. APA presidential task force to address structural racism throughout psychiatry begins its work. Washington (DC): Auteur; 2020 [cité 2020 sept 16]. À l'adresse : <https://bit.ly/3HdBGae>
2. Black Psychiatrists of America, Inc. BPA press release on June 3, 2020 [cité 2022 août 21]. À l'adresse : <https://bit.ly/3FASTsI>
3. Société du SCP contre le racisme anti-Noirs et discrimination. Déclaration du SCP contre le racisme anti-Noirs et discrimination. Ottawa, (ON): CPA; 2020 [cité 2020 sept 26]. À l'adresse : <https://cpa.ca/fr/cpa-statement-on-anti-black-racism/>
4. Dr. Kenneth Melville McGill Black Faculty Caucus. McGill plan for addressing anti-black racism [Statement]. Montreal, QC: Auteur; 2020 [cité 2022 août 21]. À l'adresse : <https://bit.ly/3W2f7eS>
5. Royal College of Psychiatrists. President's open letter on systemic racism. London (UK): Auteur; 2020 juil 14 [cité 2022 sept 26]. À l'adresse: <https://bit.ly/3Bdaq7Z>
6. Collège royal des Médecins et chirurgiens. Énoncé sur le racisme. Ottawa (ON): Auteur; 2020 [cité 2022 août 21]. À l'adresse : <https://newsroom.royalcollege.ca/fr/enonce-sur-le-racisme/>
7. University of Toronto. Strategic plan 2020-26. Toronto (ON): Auteur; 2020 [cité 2020 sept 26]. À l'adresse : <https://bit.ly/3YijjHP>
8. Schouler-Ocak M, Bhugra D, Kastrup, et coll. Racism and mental health and the role of mental health professionals. *Euro Psychiatry*. 2021 juin 17; 64(1): e42.
9. Kirmayer LJ, Fernando S, Guzder J, et coll. A call to action on racism and social justice in mental health: Un appel à l'action en matière de racisme et de justice sociale en santé mentale. *Ottawa (ON): Can J Psychiatry*; 2021 Jun;66(6):590-593.
10. Gravlee CC. How race becomes biology: embodiment of social inequality. *Am J Phys Anthropol*. 2009;139(1):47-57.

11. Hogarth K, Fletcher W.L. A space for race: decoding racism, multiculturalism, and post-colonialism in the quest for belonging in Canada and beyond. Oxford University Press. 2018;129pp.
12. Keita SO, Kittles RA. The persistence of racial thinking and the myth of racial divergence. *Am Anthropol.* 1997;99(3):534-544.
13. Lock M. The concept of race: an ideological construct. *Transcult Psychiatr.* 1993;30(3):203-227.
14. Frederickson G. *Racism: a short history.* Princeton University Press. 1998;207pp.
15. Muckhopadhyay CC, Moses YT. Reestablishing “race” in anthropological discourse. *Am Anthropol.* 1997;99(3):517-533.
16. Witzig R. The medicalization of race: scientific legitimization of a flawed social construct. *Ann Intern Med.* 1996;125(8):675-679.
17. Smith J E. *Nature, human nature, and human difference.* Princeton (NJ): Princeton University Press. 2015;312pp.
18. Machery E, Faucher L. Why do we think racially? Culture, evolution, and cognition. Dans : Cohen H, Lefebvre C, dirs. *Handbook of categorization in cognitive science.* North York (ON): Elsevier; 2017;1135-1175.
19. Boyd R, Richerson PJ. The evolution of ethnic markers. *Cultural Anthropol.* 1987;2(1):65-79.
20. Laland K N, Odling-Smee J, Myles S. How culture shaped the human genome: bringing genetics and the human sciences together. *Nat Rev Genet.* 2010;11(2):137-148.
21. Tishkoff SA, Kidd KK. Implications of biogeography of human populations for ‘race’ and medicine. *Nat Genet.* 2004;36(11):S21-S27.
22. Smedley A, Smedley BD. Race as biology is fiction, racism as a social problem is real: anthropological and historical perspectives on the social construction of race. *Am Psychol.* 2005;60(1):16-26.
23. Van Arsdale AP. Population demography, ancestry, and the biological concept of race. *Annu Rev Anthropol.* 2019;48:227-241.
24. Lewontin RC. The apportionment of human diversity. Dans : Dobzhansky T, Hecht MK, Steer WC, dirs. *Evolutionary Biology.* New York (NY): Springer; 1972:381-398.
25. Long JC, Kittles RA. Human genetic diversity and the nonexistence of biological races. *Hum Biol.* 2003;75(4):449-471.
26. Miles R, Brown M. *Racism, 2nd ed.* New York (NY): Routledge; 2003;216pp.
27. Hacking I. Why race still matters. *Daedalus.* 2005;134(1):102-116.
28. Song M. Challenging a culture of racial equivalence. *Br J Sociol.* 2014;65(1):107-129.
29. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, et coll. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389(10077):1453-1463.
30. Berger M, Sarnyai Z. “More than skin deep”: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress.* 2015;18(1):1-10.
31. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv.* 2014;44(4):643-710.
32. Coates TN. *Between the world and me.* New York (NY): Spiegel & Grau. 2015;176pp.
33. Adams ME, Bell LAE, Griffin PE. *Teaching for diversity and social justice.* New York (NY): Routledge; 2007;478pp.
34. Jones C P. Toward the science and practice of anti-racism: launching a national campaign against racism. *Ethn Dis* 2018;28(Suppl 1):231-234.
35. Nazroo JY, Bhui KS, Rhodes J. Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. *Social Health Illn.* 2020;42(2):262-276.
36. Phillips C. Institutional racism and ethnic inequalities: an expanded multilevel framework. *J Soc Policy.* 2010;40:173-192.
37. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Ann Rev Public Health.* 2019;40:105-125.
38. Lui PP, Quezada L. Associations between microaggression and adjustment outcomes: a meta-analytic and narrative review. *Psychol Bull.* 2019;145(1):45-78.
39. Sue DW, Spanierman L. *Microaggressions in everyday life.* Hoboken (NJ): John Wiley and Sons; 2020;284pp.
40. Ward M, Premack R. What is a microaggression? 14 things people think are fine to say at work – but are actually racist, sexist, or offensive [Internet]. *Insider.* 2021 [cité 2022 août 16].
41. David EJR, Schroeder TM, Fernandez J. Internalized racism: a systematic review of the psychological literature on racism’s most insidious consequence. *J Soc Issues.* 2019;75(4):1057-1086.
42. Steele CM. *Whistling Vivaldi: how stereotypes affect us and what we can do.* New York (NY): WW Norton and Company; 2011;256pp.
43. DiAngelo R. *White fragility: why it’s so hard for white people to talk about racism.* Boston (MA): Beacon Press; 2018;192pp.
44. Fricker M. *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing.* London (GB): Oxford University Press; 2007;208pp.
45. Czopp AM, Kay AC, Cheryan S. Positive stereotypes are pervasive and powerful. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(4):451-463.
46. Kay AC, Day MV, Zanna MP, et coll. The insidious (and ironic) effects of positive stereotypes. *J Expl Soc Psychol.* 2013;49(2):287-291.
47. Cheryan S, Bodenhausen GV. When positive stereotypes threaten intellectual performance: the psychological hazards of “model minority” status. *Psychol Sci.* 2000;11(5):399-402.
48. Shih KY, Chang T, Chen S. Impacts of the model minority myth on Asian American individuals and families: social justice and critical race feminist perspectives. *J Fam Theory Rev.* 2019;11(3):412-428.
49. Fernando S. *Institutional racism in psychiatry and clinical psychology.* London (GB): Palgrave Macmillan. 2017;209pp.
50. Hui A, Rennick-Egglestone S, Franklin D, et coll. Institutional injustice: implications for system transformation emerge from the mental health recovery narratives of people experiencing marginalisation. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250367.
51. Anselmo J, Stewart S, Fellner K, et coll. Indigenous peoples and professional training in psychology in Canada. *Can Psychol.* 2019;60(4):265.
52. Chan W, Chunn D. *Racialization, crime, and criminal justice in Canada.* Toronto (ON): University of Toronto Press; 2014;240pp.
53. Henry F, Dua E, Kobayashi A, et coll. Race, racialization and indigeneity in Canadian universities. *Race Ethn Educ.* 2017;20(3):300-314.
54. Kendall G. *Understanding white privilege: creating pathways to authentic relationships across race, 2nd ed.* New York (NY): Routledge; 2013;240pp.

55. Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, et coll. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med.* 2006;3(10):e449.
56. Pulido L. Geographies of race and ethnicity II: environmental racism, racial capitalism and state-sanctioned violence. *Prog Hum Geog.* 2017;41(4):524-533.
57. Waldron I. Re-thinking waste: mapping racial geographies of violence on the colonial landscape. *Environ Sociol.* 2018;4(1):36-53.
58. Waldron I. In your place and out of place: mapping spatial violence in urban and rural African Nova Scotian communities. *Can Rev Sociol.* 2020;57(4):733-736.
59. Dhillon C, Young MG. Environmental racism and First Nations: a call for socially just public policy development. *Can J Human Soc Sci.* 2010;1(1):23-37.
60. McGregor D. Mino-mnaamodzawin: achieving indigenous environmental justice in Canada. *Environment and Society.* 2018;9(1):7-24.
61. Norgaard KM, Reed R. Emotional impacts of environmental decline: what can native cosmologies teach sociology about emotions and environmental justice? *Theory Soc.* 2017;46(6):463-495.
62. Willox AC, Harper SL, Edge VL, et coll. The land enriches the soul: on climatic and environmental change, affect, and emotional health and well-being in Rigolet, Nunatsiavut, Canada. *Emot, Space Soc.* 2013;6:14-24.
63. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol.* 2006;35(4):888-901.
64. Block S, Galabuzi-Grace E, Tranjan R. Canada's colour coded income inequality. Ottawa (ON): Canadian Centre for Policy Alternatives; 2019;26pp.
65. Brittain M, Blackstock C. First Nations child poverty: a literature review and analysis. Ottawa (ON): First Nations Children's Action Research and Education Service (FNCARES). 2015;175pp.
66. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Ce que nous avons retenu : les principes de la vérité et de la réconciliation.* [Internet]. Winnipeg (MN): Auteur; 2015. À l'adresse : <https://bit.ly/3WiBBG5>
67. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad of Sci.* 2010;1186:19-222.
68. Geronimus AT, Hicken M, Keene D, et coll. "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *Am J Public Health.* 2006;96(5):826-833.
69. Shonkoff JP, Slopen N, Williams DR. Early childhood adversity, toxic stress, and the impacts of racism on the foundations of health. *Ann Rev Public Health.* 2021;42:115-134.
70. Nadal KL, Griffin KE, Wong Y, et coll. The impact of racial microaggressions on mental health: counseling implications for clients of color. *J Counsel Dev.* 2014;92(1):57-66.
71. Sue DW, Alsaidi S, Awad MN, et coll. Disarming racial microaggressions: microintervention strategies for targets, White allies, and bystanders. *Am Psychol.* 2019;74(1):128.
72. Spanierman LB, Clark DA, Kim Y. Reviewing racial microaggressions research: documenting targets' experiences, harmful sequelae, and resistance strategies. *Perspect on Psychol Sci.* 2021;16(5):1037-1059.
73. Wallace S, Nazroo J, Bécaries L. Cumulative effect of racial discrimination on the mental health of ethnic minorities in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2016;106:1294-1300.
74. Codjoe HM. Fighting a "public enemy" of Black academic achievement—the persistence of racism and the schooling experiences of Black students in Canada. *Race Ethn Educ.* 2001;4(4):343-375.
75. Durham JJ. Perceptions of microaggressions: implications for the mental health and treatment of African American youth. *J Infant, Child Adolesc Psychother.* 2018;17:52-61.
76. Hardeman RR, Medina EM. Structural racism and critical race theory: contributions to adolescent health inequities and outcomes. Dans : Barkley L, Svetaz MV, Chulaini V; dirs. *Promoting health equity among racially and ethnically diverse adolescents.* New York (NY): Springer; 2019;55-63.
77. Salole AT, Abdulle Z. Quick to punish: an examination of the school to prison pipeline for marginalized youth. *Can Rev Soc Policy.* 2015;72/73:124-18.
78. Adjei PB. The (em)bodiment of blackness in a visceral anti-black racism and ableism context. *Race Ethn Educ.* 2018;21(3):275-287.
79. L'Association ontarienne des société de l'aide à l'enfance. *Une vision, une voix: changer le système du bien-être de l'enfance pour les Afro-Canadiens. Cadre de pratique-partie 1 : rapport de recherche.* Toronto (ON): Auteur; 2016 [Cité 2022 août 16]. À l'adresse : <https://bit.ly/3h5kKbo>
80. Boatswain-Kyte A, Esposito T, Trocmé N. A longitudinal jurisdictional study of Black children reported to child protection services in Quebec, Canada. *Child Youth Serv Rev.* 2020;116:105219.
81. Thornhill EMA. So seldom for us, so often against us: Blacks and law in Canada. *J Black Stud.* 2008;38(3):321-337.
82. Gouvernement du Canada (1876/1985). *Loi sur les Indiens* [Internet]. Ministre de la Justice [cité 2022 août 16]. À l'adresse : <https://laws.j ustice.gc.ca/PDF/I-5.pdf>
83. Parrot Z. Loi sur les Indiens [Internet]. *Historica Canada.* Publié en ligne 2006. Dernière mise à jour 2020 [cité 2022 août 16]. À l'adresse : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-act#>
84. Khenti AA. Homicide among young black men in Toronto: an unrecognized public health crisis? *Can J Public Health.* 2013;104(1):e12-4.
85. Boyd RW. Police violence and the built harm of structural racism. *The Lancet.* 2018;392(10144):258-259.
86. Stewart E, Baumer E, Brunson R, et coll. Neighborhood racial context and perceptions of police-based racial discrimination among Black youth. *Criminology.* 2009;47(3):847-887.
87. Sheppard C, Thermitus T, Jones D. Understanding how racism becomes systemic. *The Globe and Mail* [Online Ed]. 2020 juil 24; Opinion. À l'adresse : <https://bit.ly/3Pbgnrz>
88. Owusu-Bempah A, Wortley S. Race, crime and criminal justice in Canada. Dans : Bucerius S, Tonry M, dirs. *The Oxford handbook of ethnicity, crime, and immigration.* New York (NY): Oxford University Press; 2014:1-50.
89. Tran DQ, Ryder AG, Jarvis GE. Reported immigration and medical coercion among immigrants referred to a cultural consultation service. *Transcult Psychiatry.* 2019;56(5):807-826.

90. Knight S, Jarvis GE, Ryder AG, et coll. Ethnoracial differences in coercive referral and intervention among patients with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv.* 2021;73(1):1-7.
91. Kong J, Ip J, Huang C, Lin K. A year of racist attacks: anti-Asian racism across Canada one year into the COVID-19 pandemic. Toronto (ON): Chinese Canadian National Council Toronto Chapter; 2021 [cité 2022 août 16]. À l'adresse : <https://bit.ly/3YgPln4>
92. Commission ontarienne des droits de la personne. Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur la croyance. Toronto (ON): Auteur. 2015 [cité 2022 août 16];173pp. À l'adresse : bit.ly/3GLXvM9
93. Moreau G. Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2019. Ottawa (ON): Statistique Canada. 2021 [cité 2022 août 17];40pp. À l'adresse : <https://bit.ly/3ZIE936>
94. Montpetit J. Fusillade à la mosquée de Québec [Internet]. *Historica Canada*. Publié en ligne 2019. Dernière mise à jour 2022 [cité 2022 août 16]. À l'adresse : <http://bit.ly/3XD19iq>
95. Muslim family in Canada killed in 'premeditated' truck attack. BBC News online. Publié le 8 juin 2021 [cité 2022 août 16]. À l'adresse : <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-57390398>
96. Gibson NC, Beneduce R. Frantz Fanon, psychiatry and politics. London (GB): Rowman & Littlefield International; 2017;307pp.
97. Gordon LR. What Fanon said: a philosophical introduction to his life and thought. New York (NY): Fordham University Press; 2015.
98. Downs J. *Maladies of empire: how colonialism, slavery and war transformed medicine.* Cambridge (MA): The Belknap Press of Harvard University Press. 2021.
99. Hickling FW, Hutchison G. Post-colonialism and mental health. *Psychiatr Bull.* 2000;24(3):94-95.
100. Keller R. Madness and colonization: psychiatry in the British and French empires, 1800-1962. *J Soc Hist.* 2001;35(2):295-326.
101. Mahone S Vaughan, dirs. *Psychiatry and empire.* London (GB): Palgrave Macmillan; 2007;254pp.
102. Heaton MM. The politics and practice of Thomas Adeoye Lambo: towards a post-colonial history of transcultural psychiatry. *Hist Psychiatry.* 2018;29(3):315-330.
103. Jarvis G.E. Changing psychiatric perception of African Americans with psychosis. *Eur J Am Cult.* 2008;27(3):227-252.
104. Dryden O, Nnorom O. Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ.* 2021;193(2):e55-e57.
105. Ben-Cheikh I. Psycho-education on racism: psychiatry's role and responsibility in dismantling institutional racism. *Int J Soc Psychiatr.* 2020;68(2):239-243.
106. Fernando S. *Mental health, race and culture, 3rd Ed.* Palgrave. 2010.
107. Elliot JL, Fleras A. *Unequal relations: an introduction to race and ethnic dynamics in Canada.* Toronto (ON): Prentice Hall; 1992
108. Satzewich V. *Racism in Canada.* New York (NY): Oxford University Press. 2011.
109. Edge S, Newbold B. Discrimination and the health of immigrants and refugees: exploring Canada's evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. *J Immigr Minor Health.* 2013;15(1):141-148.
110. Salami B, Mason A, Salma J, et coll. Access to healthcare for immigrant children in Canada. *Int J Environ Research Public Health.* 2020;17(9):3320.
111. Khan M, Kobayashi K, Lee SM, et coll. "(In)Visible minorities in Canadian health data research. Population change and lifecourse strategic knowledge cluster discussion paper series. 2015;3(1); Article 5.
112. Urquia ML, Campo PJO, Heaman MI. Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity. *Soc Sci Med.* 2012;74(10):1610-1621.
113. Henry F, Dua E, James CE, et coll. The equity myth: racialization and indigeneity at Canadian universities. Vancouver (BC): UBC Press. 2017;392pp.
114. Bumpus N. Too many White senior academics still resist recognizing racism. *Nature.* 2020;583(7818):661.
115. Kassam A. Canadian medicine has a diversity problem. *Toronto Star online.* 2017 sept 3 [cité 2022 août 16].
116. Ohler Q. Access to Aboriginal doctors a struggle for Indigenous population. *Global News.* 2018 Dec 17 [cité 2022 août 16].
117. Foster L, Park S, McCague H, et coll. Black Canadian national survey interim report. Toronto (ON): Institute for Social Research: York University; 2021.
118. Paradies Y, Ben J, Denson N, et coll. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015 sept 23;10(9):e0138511.
119. Cénat JM, Hajizadeh S, Dalexis RD, et coll. Prevalence and effects of daily and major experiences of racial discrimination and microaggressions among black individuals in Canada. *J Interpers Violence.* 2022 sept;37(17-18): NP16750-NP16778.
120. Gajaria A, Guzder J, Rasasingham R. What's race go to do with it? A proposed framework to address racism's impacts on child and adolescent mental health in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(2):132-138.
121. Shaheen-Hussain S. Fighting for a hand to hold: confronting medical colonialism against Indigenous children in Canada. Montreal (QC): McGill-Queen's University Press; 2020;(97);360pp.
122. Nerestant A. prejudice contributed to Joyce Echaquan's death in hospital, Quebec coroner's inquiry concludes. *CBC News online.* Publié le 1 oct 2021 [cité 2022 août 22].
123. Chiu M, Amartey A, Wang X, et coll. Ethnic differences in mental health status and service utilization: a population-based study in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry.* 2018;63(7):481-491.
124. Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, et coll. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50:1691-1700.
125. Benner A, Wang Y, Shen Y, et coll. Racial/ethnic discrimination and well-being during adolescence: a meta-analytic review. *Ame Psychol J.* 2018;73(7):S855-883.
126. Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K, et coll. Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2005;95:496-501.
127. Heinz A, Müller D, Krach S, et coll. The uncanny return of the race concept. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:S836.
128. Henssler J, Brandt L, Müller M, et coll. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Apr;270(3):325-335.
129. Cénat JM, Kogan C, Noorishad PG, et coll. Prevalence and correlates of depression among Black individuals in Canada: the

- major role of everyday racial discrimination. *Depress Anxiety*. 2021;9:886-895.
130. Jarvis GE, Toniolo I, Ryder AG, et coll. High rates of psychosis for Black inpatients in Padua and Montreal: different contexts, similar findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(3):247-253.
 131. Adeponle AB, Thombs BD, Groleau D, et coll. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatric Serv*. 2012;63:147-153.
 132. Janssen I, Hanssen M, Bak M, et coll. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003;182(1):71-76.
 133. Chakraborty A, McKenzie K. Does racial discrimination cause mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002;180(6):475-477.
 134. Asonye U, Apping N, Lopez LV, et coll. Health disparities in Black patients with severe mental illness and the role of structural racism. *Psychiatr Ann*. 2020;50(11):483-488.
 135. Veling W, Pot-Kolder R, Counotte J, et coll. Environmental social stress, paranoia and psychosis liability: a virtual reality study. *Schizophr Bull*. 2016;42:1363-1371.
 136. Jarvis GE, Kirmayer LJ, Jarvis GK, et coll. The role of Afro-Canadian status in police or ambulance referral to emergency psychiatric services. *Psychiatr Serv*. 2005;56(6):705-10.
 137. Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, et coll. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*. 2018;4:31-38.
 138. Chiu M, Lebenbaum M, Newman AM, et coll. Ethnic differences in mental illness severity: A population-based study of Chinese and South Asian patients in Ontario, Canada. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(9):e1108-e1116.
 139. Cénat JM, Blais-Rochette C, Morse C, et coll. Prevalence and risk factors associated with attention-deficit/hyperactivity disorder among US Black individuals: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021 Janv 1;78(1):21-28
 140. Fante-Coleman T, Jackson-Best F. Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: a scoping review. *Adolesc Research Rev*. 2020;2:115-136.
 141. von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et coll. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):382.
 142. Kirmayer LJ, Fung K, Rousseau C, et coll. Guidelines for training in cultural psychiatry / Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *Can J Psychiatry*. 2021;66(2):195-246.
 143. Fung K, Andermann L, Zaretsky A, et coll. An integrative approach to cultural competence in the psychiatric curriculum. *Acad Psychiatry*. 2008;32: 272-282.
 144. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian Black women of Caribbean descent. *Frontiers Sociol*. 2019 mai 15;4:43.
 145. Legha RK, Richards M, Kataoka SH. Foundations in racism: a novel and contemporary curriculum for child and adolescent psychiatry fellows. *Acad Psychiatry*. 2021;45(1):1-6.
 146. Ohueri CW, Brown VA, Lawson WB. Racial and ethnic minority mental health advocacy: strategies for addressing racism. Dans : Medlock M, Shtasel D, Trinh NH, et coll, dirs. *Racism and Psychiatry*. Towtowa (NJ): Humana Press; 2019;217-232.
 147. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(11):929-931.
 148. Hairston DR, Gibbs TA, Wong SS, et coll. Clinician bias in diagnosis and treatment. Dans : Medlock MM, Shtasel D, Trinh N-HT, et coll, dirs. *Racism and psychiatry: contemporary issues and interventions*. Towtowa (NJ): Humana Press; 2019:105-137.
 149. Holm AL, Rowe Gorosh M, Brady M, et coll. Recognizing privilege and bias: an interactive exercise to expand health care providers' personal awareness. *Acad Med*. 2017;92(3):360-364.
 150. Kareem J, Littlewood R; dirs. *Intercultural therapy: themes, interpretation and practice*. New York (NY): Blackwell Scientific Publications; 1992;294pp.
 151. Benuto LT, Casas J, O'Donohue WT. Training culturally competent psychologists: a systematic review of the training outcome literature. *Train Educ Prof Psychol*. 2018;12(3):125-134.
 152. Gamst G, Dana RH, Der-Karabetian A, et coll. Cultural competency revised: the California brief multicultural competence scale. *Meas Eval Couns Dev*. 2004;37(3):163-183.
 153. Moodley R, Lee E; dirs. *The routledge international handbook of race, culture and mental health*. New Your (NY): Routledge; 2020.
 154. Guzder J. Family systems in cultural consultation. Dans : Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, dirs. *Cultural consultation: encountering the other in mental health care*. New York (NY): Springer; 2014:139-161.
 155. Kirmayer LJ, Guzder J, Rousseau C, dirs. *Cultural consultation: encountering the other in mental health care*. New York (NY): Springer; 2014.
 156. Kirmayer LJ, Jarvis GE. Culturally responsive services as a path to equity in mental healthcare. *Healthc Paps*. 2019;18(2):11-23.
 157. Sharma M, Pinto AD, Kumagai AK. Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere? *Acad Med*. 2018 Janv;93(1):25-30.
 158. Castillo EG, Isom J, DeBonis KL, et coll. Reconsidering systems-based practice: advancing structural competency, health equity, and social responsibility in graduate medical education. *Acad Med*. 2020;95(12):1817-1822.
 159. Buchman S, Woollard R, Meili R, et coll. Practicing social accountability: from theory to action. *Can Fam Physician*. 2016;62(1):15-18.
 160. Kirmayer LJ, Kronick R, Rousseau C. Advocacy as key to structural competency in psychiatry. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(2):119-120.
 161. Fung KP, Lo HT, Srivastava R, et coll. Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):165-184.
 162. Guzder J, Rousseau C. A diversity of voices: the McGill 'working with culture' seminars. *Cult Med Psychiatry*. 2013;37(2):347-364.
 163. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med*. 2009;84(6):782-787.
 164. Schen CR, Greenlee A. Race in supervision: let's talk about it. *Psychodynam Psychiatry*. 2018;46:1-21.
 165. Wear D, Zaroconi J, Aultman J, et coll. Remembering Freddie Gray: medical education for social justice. *Acad Med*. 2017; 92(3):312-317.

166. Beder M, Batke A, Hamer D. et coll. The transcultural psychiatry reading group: a learner-led approach to cultural psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2015;39:703-705.
167. Lam JS, Gajaria A, Matthews DM, et coll. Bridging cultural psychiatry and global mental health: a resident-led initiative. *Acad Psychiatry*. 2016;40(4):729-30.
168. Corneau S, Stergiopoulos V. More than being against it: anti-racism and anti-oppression in mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2):261-282.
169. Diffey L, Mignone J. Implementing anti-racist pedagogy in health professional education: a realist review. *Health Educ Care*. 2017;2:1-9.
170. Legha RK, Miranda J. An anti-racist approach to achieving mental health equity in clinical care. *Psychiatric Clin North Am*. 2020;43(3):451-469.
171. Hansen H, Braslow J, Rohrbaugh RM. From cultural to structural competency—training psychiatry residents to act on social determinants of health and institutional racism. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(2):117-118.
172. First Nations Health Authority. Cultural safety and humility [Internet]. Vancouver (BC): Auteur; 2021 [cité 2022 Aug 22]. À l'adresse : <https://bit.ly/3Y6izER>
173. Williams MT. *Managing microaggressions: addressing everyday racism in therapeutic spaces*. New York (NY): Oxford University Press; 2020.
174. Gajaria A, Haynes K, Kopic, et coll. The substance abuse program for African-Canadian and Caribbean youth (SAPACCY): an innovative program serving the mental health needs of African, Caribbean, and Black youth. *INYI Journal*. 2021;11(1).
175. Assemblée des Premières Nations. Accéder au principe de Jordan : une ressource pour les parents, les fournisseurs de soins, les familles et les communautés de Premières Nations. Auteur; 2018 [cité 2022 août 21]. À l'adresse : <https://bit.ly/3BhGsQg>
176. Council of the Atikamekw of Manawan and Council de la Nation Atikamekw. *Joyce's principle*. 2020 [cité 2022 août 21];16pp. À l'adresse : <https://bit.ly/3iCKBI>
177. Cave L, Cooper MN, Zubrick SR, et coll. Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2020;250:112864.
178. King LJ, Chandler PT. From non-racism to anti-racism in social studies teacher education: social studies and racial pedagogical content knowledge. Dans : Crowe AR, Cuenca A, dirs. *Rethinking social studies teacher education in the twenty-first century*. New York (NY): Springer. 2016;462pp.
179. Moodley R, Ocampo M. *Critical psychiatry and mental health: exploring the work of Suman Fernando in clinical practice*. London (GB): Routledge; 2014;294pp.
180. Ayonrinde OA. *Managing multicultural and multinational teams in healthcare management for psychiatrists*. Dans : Bhugra D, Bell S, Burns A, dirs. *Management for psychiatrists*, 4th Ed. London (GB): The Royal College of Psychiatrists. 2016.
181. Mulvey TA, Michalski DS, Wicherski M. 2008-09: Applications, acceptances, enrollments, and degrees awarded to master's- and doctoral-level students in US and Canadian graduate departments of psychology [Internet]; Washington (DC): American Psychological Association; 2010. À l'adresse : <https://www.apa.org/workforce/publications/10-grad-study/application>
182. Sudak DM, Stewart AJ. Can we talk? The role of organized psychiatry in addressing structural racism to achieve diversity and inclusion in psychiatric workforce development. *Acad Psychiatry*. 2021;45(1):89-92.
183. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126-133.
184. Shin H, Bonilla-Silva E. Racism without racists: color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States. Dans : *TESOL Quarterly*. 2006;40(3):652-654.
185. ACT Human Rights Commission. *Systemic advocacy* [site web]. Canberra (AU); Auteur; 2021 [cité 2022 Aug 19]. À l'adresse : <https://hrc.act.gov.au/public-advocate/systemic-advocacy/>
186. Fung KP, Guzder J. Canadian immigrant mental health. Dans : Moussaoui D, Bhugra D, Ventriglio A. *Mental health and illness in migration*. New York (NY): Springer; 2018:1-21.
187. Allen L, Hatala A, Ijaz S, et coll. Indigenous-led health care partnerships in Canada. *CMAJ*. 2020 Mar 2;192(9):e208-e216.
188. Kronick R, Rousseau C, Cleveland J. Asylum-seeking children's experiences of detention in Canada: a qualitative study. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(3):287-294.
189. Beder M, Cohen M, Hui K, et coll. End immigration detention: an open letter. *The Lancet*. 2018;392(10145):381-382.
190. Willen SW, Mulligan J, Castañeda H. Take a stand commentary: how can medical anthropologists contribute to contemporary conversations on "illegal" immigration and health? *Med Anthropol Q*. 2011;25(3):331-356.
191. Featherstone D. Maritime labour and subaltern geographies of internationalism: Black internationalist seafarers' organising in the interwar period. 2003;49:7-16.
192. Bhabha J. Internationalist gatekeepers?: the tension between asylum advocacy and human rights. *Immigration and Nationality Law Review*. 2002;23:159-186.
193. Soklaridis S, Bernard C, Ferguson G, et coll. Understanding health advocacy in family medicine and psychiatry curricula and practice: A qualitative study. *PloS One*. 2018;13(5):e0197590.
194. Boatswain-Kyte A, Trocmé N, Esposito T, et coll. Child protection agencies collaborating with grass-root community organizations: partnership or tokenism? *J Public Child Welfare*. 2021;16(2):1-27.
195. Williams MT, Roy AK, MacIntyre MP, et coll. The traumatizing impact of racism in Canadians of colour. *Curr Trauma Rep*. 2022;8(2):17-34.
196. Turpel-Lafond ME. *In plain sight: addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. 2020. À l'adresse : <https://bit.ly/3Y6xNtO>